

Artículos Breves. Mes de Enero 2006

Indice:

- 1.- Diez mandamientos para el medio ambiente. Una visión cristiana del hombre y la naturaleza
- 2.- El médico de familia reclama mayor protagonismo en la parte final de la vida
- 3.- El paciente mayor debe conocer en todo momento el pronóstico de su enfermedad
- 4.- La intimidad, clave al regular la voluntad previa
- 5.- AP debe dar a conocer las voluntades previas a los mayores
- 6.- Prevenir la infección por VIH entre los grupos de riesgo, una prioridad en AP
- 7.- Tribuna: Acerca del tratamiento ambulatorio involuntario de los enfermos mentales. Onésimo González Álvarez
- 8.- Holanda establece una comisión y un protocolo para la eutanasia infantil
- 9.- Día mundial del sida. FCO. JAVIER ROMERO.
- 10.- Hablar con los labios de un cadáver. La mujer que recibió un trasplante parcial de cara ya "come, bebe y habla claramente".
- 11.- Dos personas mueren por día en Argentina por no recibir un trasplante de órganos.
- 12.- Las leyes de donante presunto, poco efectivas en Iberoamérica
- 13.- El Colegio de Médicos distribuye un modelo de objeción de conciencia sobre la píldora del día después.
- 14.- "Hay que empezar a plantearse una nueva Etica Sanitaria"
- 15.- La escala filogenética condiciona la ética en la experimentación animal
- 16.- ¿La vanidad del científico?
- 17.- El 'caso Hwang' debilita el sistema de publicación
- 18.- Hace falta mayor compromiso e intervencionismo de la bioética
- 19.- Miguel Casares: "Hay que implantar en los hospitales la cultura de la atención global al enfermo"
- 20.- Expertos elaboran una guía ética sobre pandemia de gripe

1.- Diez mandamientos para el medio ambiente. Una visión cristiana del hombre y la naturaleza

ROMA, sábado, 19 de noviembre de 2005 (ZENIT.org).- La humanidad está llamada a ejercer una administración responsable de la creación. Este ha sido el llamamiento del padre Paolo Scarafoni L.C. al abrir el congreso sobre el tema "Ética y Medio Ambiente", en la Universidad Europea de Roma el 7 de noviembre.

En su intervención, el padre Scarafoni, rector de la universidad, explicó que esta visión cristiana de la administración se basa en la idea de la persona humana como una criatura libre e inteligente, llamada a ayudar al desarrollo del mundo creado.

Esto no debe confundirse con una visión triunfalista de la condición humana y sus acciones, que forma parte de una visión científica e idealista de la

naturaleza humana, afirmaba el sacerdote. Más bien, la ética católica se basa en el mandamiento del amor, que es consciente de los errores humanos pero también confía en que las personas pueden hacer el bien con la ayuda de la gracia de Dios.

El cardenal Renato Martino, presidente del Pontificio Consejo Justicia y Paz, relató al congreso algunas de las actividades de la Iglesia en el área del medio ambiente en los últimos años. Estas van desde la participación en los encuentros organizados por Naciones Unidas hasta la publicación de una serie de documentos.

El cardenal observó que su propia implicación con las cuestiones ecológicas comenzó cuando encabezó la delegación de la Santa Sede a la Conferencia sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas en 1994. La cuestión planteada entonces fue cómo tratar con la visión del mundo maltusiana que advierte que el crecimiento de la población es más rápido que el suministro de alimentos con resultados desastrosos.

Ecología humana

La respuesta de la Iglesia al pesimismo maltusiano, explicaba el cardenal Martino, se basa en la confianza en la capacidad de la humanidad para superar problemas. Esta acción, no obstante, debe orientarse de una forma ética, afirmó. Así, los problemas ecológicos deben considerarse como problemas éticos. Las acciones de las personas en el mundo creado no deberían considerarse como un mero ejercicio de su capacidad técnica para tratar con estos temas, insistió el cardenal.

El cardenal Martino citó el concepto de Juan Pablo II de una "ecología humana" como una forma de orientar la acción. Los problemas ecológicos son, en su origen, un problema antropológico. Cómo nos relacionamos con la naturaleza depende de cómo nos relacionamos con nosotros mismos, y con Dios. Cuando negamos a Dios un papel en nuestra vida, tendemos a ponernos a nosotros mismos en su lugar y perdemos de vista nuestra responsabilidad de cuidar el mundo creado.

El obispo Giampaolo Crepaldi, secretario del Pontificio Consejo Justicia y Paz, insistió en la importancia de colocar la visión de la naturaleza dentro del contexto de la relación entre Dios y la persona humana.

En su discurso al congreso, monseñor Crepaldi observó que el Compendio de la Doctrina Social de la Iglesia traza un camino intermedio entre los errores de ver la naturaleza en términos absolutos o reducirla a un mero instrumento. La naturaleza ha sido puesta en manos de la humanidad, pero debería usarse de modo responsable y prudente.

La persona humana es indiscutiblemente superior al resto del mundo creado, en virtud de poseer un alma inmortal, afirmaba monseñor Crepaldi. Con todo, el hombre no tiene un dominio absoluto sobre la creación. Sus acciones deberían guiarse por una combinación de conservación y desarrollo, y las personas

deberían entender que los bienes creados de este mundo están destinados al uso de todos.

Uso responsable

Monseñor Crepaldi hizo un resumen de los principales puntos de la enseñanza de la Iglesia sobre temas ecológicos, basándose en cómo se presenta la doctrina en el Compendio de Doctrina Social. Los 10 principios guía, o mandamientos, son los siguientes:

1) La Biblia presenta los principios morales fundamentales de cómo afrontar la cuestión ecológica. La persona humana, hecha a imagen de Dios, es superior al resto de las criaturas terrenales que, a su vez, deben usarse responsablemente. La encarnación de Cristo y sus enseñanzas testimonian el valor de la naturaleza: Nada de lo que existe en el mundo está fuera del plan divino de creación y redención.

2) La enseñanza social de la Iglesia recuerda dos puntos fundamentales. No debemos reducir la naturaleza a un mero instrumento a manipular y explotar. Ni debemos hacer de la naturaleza un valor absoluto, o ponerla por encima de la dignidad de la persona humana.

3) La cuestión del medio ambiente abraza a todo el planeta, puesto que es un bien colectivo. Nuestra responsabilidad hacia la ecología se extiende a las futuras generaciones.

4) Es necesario confirmar la primacía de la ética y de los derechos del hombre sobre la tecnología, para preservar la dignidad humana. El punto central de referencia para toda aplicación científica o técnica debe ser el respeto por la persona humana, que, a su vez, debe tratar a los demás seres creados con respeto.

5) La naturaleza no debe considerarse como una realidad divina en sí misma; por lo tanto no debe apartar de la acción humana. Es, más bien, un regalo ofrecido por nuestro Creador a la comunidad humana, confiado a su inteligencia humana y a su responsabilidad moral. De ahí se sigue que no sea ilícito el modificar el ecosistema, siempre y cuando esto se haga dentro del contexto del respeto por su orden y belleza, y tomando en consideración la utilidad de cada criatura.

6) Las cuestiones ecológicas ponen de relieve la necesidad de alcanzar una mayor armonía entre las medidas destinadas a fomentar el desarrollo económico y las dirigidas a preservar la ecología, y entre las políticas nacionales y las internacionales. El desarrollo económico, además, necesita tener en consideración la integridad y el ritmo de la naturaleza, puesto que los recursos naturales son limitados. Y toda actividad económica que utilice los recursos naturales debería incluir también los costes de salvaguardar el medio ambiente en los cálculos de los costes totales de su actividad.

7) La preocupación por el medio ambiente significa que debemos trabajar activamente por el desarrollo integral de las regiones más pobres. Los bienes de este mundo han sido creados por Dios para ser utilizados sabiamente por todos. Estos bienes se deben compartir, de una forma justa y caritativa. El principio del destino universal de los bienes ofrece una orientación fundamental para tratar con la compleja relación entre ecología y pobreza.

8) La colaboración, por medio de acuerdos mundiales, respaldados por el derecho internacional, es necesaria para proteger el medio ambiente. Es necesario poner en práctica la responsabilidad por el medio ambiente de forma adecuada a nivel jurídico. Estas leyes y acuerdos deberían guiarse por las exigencias del bien común.

9) Los estilos de vida deberían orientarse según los principios de sobriedad, templanza y autodisciplina, tanto a nivel personal como social. Las personas necesitan escaparse de la mentalidad consumista y promover métodos de producción que respeten el orden creado, así como la satisfacción de las necesidades de todos. Una mayor conciencia de la interdependencia entre todos los habitantes de la tierra ayudaría a este cambio de estilo de vida.

10) Se debe dar una respuesta espiritual a las cuestiones medioambientales, inspirada por la convicción de que la creación es un don que Dios ha puesto en manos de la humanidad, para ser usado de modo responsable y con cuidado cariñoso. La orientación fundamental de las personas hacia el mundo creado debería ser de gratitud y agradecimiento. El mundo, de hecho, conduce a las personas hacia el misterio de Dios que lo ha creado y lo sigue sosteniendo. Si se olvida a Dios, la naturaleza se vacía de su significado más profundo y queda empobrecida.

Si se vuelve a descubrir el papel de la naturaleza como algo creado, la humanidad puede establecer con ella una relación que tenga en cuenta sus dimensiones simbólicas y místicas. Esto abriría a la humanidad un camino hacia Dios, creador de cielos y tierra.

2.- El médico de familia reclama mayor protagonismo en la parte final de la vida

Diario Médico, 23/11/2005 Redacción

El papel del médico de familia al final de la vida es esencial. Asisten en todas las facetas al enfermo en su casa y prestan apoyo no sólo al paciente sino también a su familia. Éste es uno de los temas presentes. Este es uno de los temas centrales del XXV Congreso de Semfyc, que se celebra en Santiago de Compostela desde hoy hasta el próximo sábado.

"El médico de atención primaria es el que tiene un mayor conocimiento integral del paciente y esta circunstancia le permite un adecuado abordaje desde el punto de vista paliativo", señala Alberto Alonso, coordinador de Cuidados Paliativos de Semfyc.

A lo largo de su vida profesional, el médico de familia tendrá que afrontar la atención al paciente terminal en su domicilio al menos entre cien y doscientas ocasiones. Con el progresivo envejecimiento de la población, es posible que esta cifra aumente en los próximos años. Por este motivo, existe un Programa de Atención Domiciliaria en los centros de salud que incluye una parte dedicada al paciente inmovilizado y otra al paciente terminal. Esta última se centra en las personas que padecen una enfermedad que previsiblemente le ocasionará la muerte en los próximos seis meses. En este sentido, Lorenzo Pascual López, médico de familia en el Centro de Salud de Manises, en Valencia, plantea que "el envejecimiento de la población y la alta prevalencia de enfermedades crónicas con pronóstico de vida limitado generan un elevado número de personas con diferentes problemas físicos, emocionales y sociofamiliares a los que no se les está dando una adecuada atención en la actualidad. Los equipos de atención primaria deben tener un protagonismo mayor a la hora de atenderlos a ellos y sus familias".

En este sentido, Alonso señala que "es necesario lograr una adecuada capacitación de los profesionales para afrontar con éxito los numerosos problemas que presentan estos pacientes. El retraso en la concienciación y formación de los médicos de familia en la atención a enfermos terminales parece provenir de la inadecuada visión sobre los fines de la medicina. El objetivo de la medicina no sólo es curar, sino también cuidar de nuestros pacientes y asegurarles una muerte digna cuando ésta sea inevitable".

3.- El paciente mayor debe conocer en todo momento el pronóstico de su enfermedad

DM, 24/11/2005 M^a Carmen Rodríguez

Un 10 por ciento de los pacientes mayores de 65 años no pueden desarrollar las actividades básicas de la vida diaria. Dada la limitación funcional de estos enfermos, es el domicilio donde el médico o cuidador debe prestar la atención sanitaria, por lo que es de suma importancia que el equipo de atención médica se implique en el cuidado de los pacientes y de las familias a través de un adecuado control de síntomas y el apoyo emocional, pero sobre todo información.

Según ha señalado Lorenzo Pascual, médico de familia del Centro de Salud de Manises, en Valencia, "el paciente debe conocer en todo momento el pronóstico de su enfermedad". Y el médico a su vez debe emplear el diálogo para establecer las voluntades anticipadas de sus pacientes.

A pesar de que hasta ahora los cuidados paliativos se han centrado en la atención a pacientes oncológicos, estos tratamientos no son exclusivos de este tipo de enfermos. El envejecimiento de la población ha ocasionado un incremento progresivo del número de pacientes con enfermedades con pronóstico de vida limitado, como la insuficiencia cardiaca, la demencia o la EPOC, cuyos síntomas físicos y emocionales no se diferencian mucho de los

de pacientes con cáncer, lo que puede estar generando una inequidad, como ha explicado Pascual.

Además de una buena comunicación el equipo médico debe monitorizar a los pacientes, es decir, llevar a cabo un control exhaustivo de cada uno de los síntomas que presenta a través de escalas analógicas. De esta forma podrá dotar a su paciente de una atención continuada. Se trata de medidas sencillas que se incluyen dentro de un programa de atención domiciliaria que, según Alberto Alonso, del Equipo Sanitario de Atención Domiciliaria del Área 3 de Madrid, permiten una disminución del número de ingresos y una mejora calidad de vida.

4.- La intimidad, clave al regular la voluntad previa

DM, 25/11/2005 Marta Esteban

Las normas sobre testamento vital (TV) constituyen la consolidación jurídica del derecho a la autonomía y al consentimiento informado. José Antonio Seoane, jurista y experto en bioética, considera que las leyes autonómicas deben incluir derechos como la confidencialidad y la protección de datos personales y corregir contradicciones como las relativas a la edad y capacidad para otorgar este tipo de documentos.

El XXV Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria (Semfyc) aborda cuestiones como las voluntades anticipadas desde la óptica del derecho y de la bioética.

Según José Antonio Seoane, profesor titular de Filosofía del Derecho de la Universidad de La Coruña, la normativa española sobre instrucciones previas "representa un avance importante tanto para los usuarios y los profesionales sanitarios como para la calidad del sistema de salud". Es más, constituyen un ejemplo de la "consolidación y del fortalecimiento del derecho al consentimiento informado, que puede ejercerse con antelación en previsión de una situación futura de incapacidad".

Sin embargo, ha aclarado que "existen numerosos retos para el legislador, pues debe completar el desarrollo legislativo con nuevas disposiciones y mejorar algunas ya existentes".

Seoane considera importante "regular con más precisión los derechos de los otorgantes de los testamentos vitales, en particular el derecho a la confidencialidad y el de protección de datos personales". Además, deberían regularse "algunos aspectos registrales, como las condiciones de acceso a los registros de instrucciones previas".

Igualmente, apunta la necesidad de precisar "el concepto, las funciones y las facultades del representante designado en las voluntades anticipadas. En concreto, no se le debería conceder facultades de sustitución y habría que diferenciarlo del representante legal". La regulación autonómica de las

voluntades anticipadas y sus diferentes peculiaridades exige una "armonización de conceptos, tales como la edad y la capacidad para otorgar las instrucciones previas, en concreto las del menor maduro y el menor emancipado". Por tanto, se debería "homogeneizar la legislación estatal y la autonómica".

Unificar términos

Otro de los aspectos que merecen ser corregidos en las leyes es el de la denominación, pues se crea "una confusión entre testamento vital e instrucciones y voluntades previas".

La superación de estos defectos constituye un paso previo para consolidar una regulación que representa un paso importante para el paciente, "en la medida que consolida su autonomía y sus derechos"; para el profesional sanitario, porque "le proporciona una valiosa ayuda para la toma de decisiones sanitarias", y, por último, para los sistemas sanitarios, pues supone un "aumento de su calidad".

En cualquier caso, "las respuestas jurídicas, que hacen posible el reconocimiento y la garantía de los derechos, son necesarias, pero también insuficientes. Las normas son sólo puntos de partida; no debe perderse de vista el papel de la interdisciplinariedad".

Por último, Seoane ha aclarado "que la proyección de las normas deben garantizarse en la práctica asistencial mediante su conocimiento, respeto y aplicación".

5.- AP debe dar a conocer las voluntades previas a los mayores

DM, 25/11/2005 M. Esteban

La experiencia clínica sobre el conocimiento de las voluntades anticipadas será abordada por Inés Barrio, enfermera y coordinadora del Nodo de Ética de la Red Temática de Investigación en Cuidado a Mayores (Rimared) de la Fundación Hospital Virgen de las Nieves, de Granada.

"El papel que debe desempeñar la atención primaria en los testamentos vitales es el de hacer llegar a la población mayor la existencia y la posibilidad de otorgar estos documentos para asegurar qué atención quieren recibir en el futuro", ha explicado Barrios.

"La estrategia informativa de las comunidades autónomas en la divulgación de las voluntades anticipadas, a través de medios como las páginas web, los programas de televisión o la prensa escrita, no ha llegado fácilmente a las personas mayores, que son, al fin y al cabo, quienes integran la mayoría de los pacientes atendidos en los centros de atención primaria".

Este dato se demuestra, por ejemplo, en los documentos que se han inscrito en el registro de voluntades de Andalucía. Según Barrios, "la mayor parte de los

que han registrado voluntades vitales anticipadas son usuarios jóvenes con una media de edad que oscila entre 35 y 55 años".

En consecuencia, "como la mayor parte de los usuarios de los centros de primaria son mayores de 65 años, el personal sanitario de atención primaria debe potenciar de forma explícita la información de las últimas voluntades a través de otros medios divulgativos que sean más eficaces".

Estudio concluyente

Inés Barrio ha analizado las conclusiones del estudio realizado por Rimared que muestran la actitud de los mayores ante temas como el testamento vital o el final de la vida.

En efecto, el estudio revelaba, en cuanto al final de la vida, "un rechazo de las personas mayores al sufrimiento físico y a la agonía prolongada, la preferencia por la calidad de vida y por la autonomía, el rechazo a ser cuidados lejos del hogar y de los seres queridos y el deseo de vivir en un clima de confianza, humanidad, amor y respeto".

Además, el estudio también demostraba "el papel decisivo que tiene la familia en las decisiones al final de la vida. Para unos, la familia decide hegemonícamente y para otros deben expresarse preferencias y dar pistas para que la toma de decisiones sea fácil".

Por último, las encuestas mostraban que "si bien la población mayor no tiene un gran interés por hacer testamentos vitales, sí se mostraba partidaria de nombrar representantes y personas de confianza".

Las conclusiones del estudio demuestran que el "médico de primaria tiene que abrir espacios de diálogo con los mayores, por lo que es preciso iniciar estrategias educativas dirigidas tanto a usuarios como a los profesionales para superar el miedo a tratar temas como el final de la vida".

La experiencia de Rimared, según su coordinadora, es que "las personas mayores que acuden al centro de salud quieren saber y desean expresar sus miedos".

6.- Prevenir la infección por VIH entre los grupos de riesgo, una prioridad en AP

DM, 30/11/2005 M^a Carmen Rodríguez

El seguimiento de los pacientes infectados por VIH desde atención primaria es fundamental para prevenir la aparición de enfermedades asociadas y efectos secundarios. Sin embargo, a la hora de tratar a estas personas, los profesionales se encuentran con una barrera difícil de traspasar: la falta de confianza del enfermo.

"La función del médico de familia no es tratar una infección por VIH pero sí prevenirla". Éste es, según Cristina Aguado Taberner, médico de familia y coordinadora del grupo de trabajo de VIH de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Semfyc), el papel fundamental que hoy tienen todos los profesionales de atención primaria de nuestro país en el abordaje de esta patología. "Tenemos un puesto privilegiado ya que somos el primer nivel asistencial y por tanto la puerta de entrada de pacientes con vulnerabilidad social y biológica, como son los adolescentes e inmigrantes".

El diagnóstico y tratamiento precoz reduce significativamente las posibilidades de desarrollar la enfermedad del sida. Para ello, el médico de familia debe centrar la terapia en el abordaje de enfermedades asociadas y efectos secundarios derivados de la infección como las alteraciones del metabolismo de los lípidos, de la glucemia, de la distribución de la grasa corporal y la hipercolesterolemia. "Aunque la persona esté infectada, la disminución de la replicación del virus en el organismo puede impedir el desarrollo de las alteraciones de inmunidad y tumorales derivadas de esta patología", como ha explicado Aguado, para quien un porcentaje alto de pacientes con infecciones por VIH que llegan a la consulta ha contraído el virus por vía sexual.

Falta de confianza

A pesar de que la infección por VIH no tienen una elevada incidencia en nuestro país, Aguado recuerda que, "todavía hoy existe un alto porcentaje de pacientes en situación de riesgo y, lo que es más preocupante, un grupo de pacientes que aún desconoce que son portadores del virus". Sin embargo, a la hora de tratar a estos pacientes los profesionales detectan un problema que dificulta en gran medida su capacidad resolutoria: la falta de confianza. "No sé todavía si los médicos de primaria somos capaces de transmitir a los enfermos que la relación médico-paciente es totalmente confidencial. La barrera de la intimidad es difícil de traspasar en estos casos, al médico no se le concibe únicamente como un profesional sanitario, sino como un miembro más del entorno comunitario del paciente, lo que limita la comunicación.

Guía práctica

Con la finalidad de actualizar los conocimientos de los profesionales en este campo, el grupo de trabajo de VIH presentará en el XXVI Congreso de Semfyc, que tendrá lugar en Valencia, un guía práctica en la que se revisarán de forma exhaustiva las cuestiones a las que se enfrenta un médico de familia cuando se plantea la posibilidad de atender a un paciente infectado o en situación de riesgo. El documento resuelve además dudas relacionadas con la entrevista clínica, la vacunación y la prevención de enfermedades asociadas.

7.- Tribuna: Acerca del tratamiento ambulatorio involuntario de los enfermos mentales

Onésimo González Álvarez. Médico Psiquiatra
DM, 01/12/2005

El autor, al hilo de dos informaciones aparecidas en DM, muestra su desacuerdo con la judicialización del tratamiento de los enfermos mentales y señala que no tiene cabida en nuestro ordenamiento jurídico civil. A su juicio, "la autoridad en el proceso terapéutico [de los pacientes] es responsabilidad del personal sanitario".

No decae el prolongado debate a propósito del tratamiento ambulatorio involuntario de los enfermos mentales, al que Diario Médico viene prestando una atención que es de agradecer. En fecha reciente una información de Europa Press de la que se hizo eco este periódico reflejaba la opinión de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal. Según figuraba en el titular, dicha sociedad considera beneficiosa la potestad del juez de obligar y ordenar el tratamiento. Unos días antes, Aurora Elósegui, magistrada de un Juzgado de Primera Instancia de San Sebastián, situaba en la autoridad del juez al carácter terapéutico del control judicial. En uno y otro caso se trata de posiciones favorables a la judicialización del tratamiento de los enfermos mentales, que a mi entender, no cabe en nuestro ordenamiento jurídico civil y desnaturaliza la función judicial hasta pervertirla.

Tanto en el derogado artículo 211 del Código Civil como en el vigente 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, el juez interviene como garante del derecho a la libertad del enfermo que se ha ingresado o que hay que ingresar, derecho reconocido en el artículo 17 de la Constitución y función judicial a que se refiere el artículo 117.4 del texto constitucional. El sistema de internamiento es clínico o médico y el juez autoriza o aprueba -o no- una medida fundamentada, indicada y ordenada por los clínicos. Aquí el juez no ordena ingresos ni otras clases de tratamientos ni da altas. Esta interpretación de la norma estaba ya presente en informes de la Fiscalía General del Estado y del Gabinete Técnico del Consejo General del Poder Judicial de 1984, y ha sido reiterada y ratificada por la doctrina y la jurisprudencia.

La apelación a la autoridad del juez a que hace referencia la magistrada Elósegui debe tener su expresión en el ámbito jurisdiccional penal, donde el juez tiene la potestad para ordenar estudios y tratamientos, tanto ambulatorios como en régimen de internamiento, bien en la fase de instrucción o bien tras la sentencia en que se acuerde una medida de seguridad privativa o no de libertad. En el ámbito civil la autoridad del juez se orienta a la protección de los derechos del paciente, como recuerda el Defensor del Pueblo Español en una reciente recomendación (del 11 de noviembre) enviada al Ministerio de Justicia. La autoridad es del sanitario

La autoridad en el proceso terapéutico es responsabilidad del personal sanitario -lo que también nos recuerda el Defensor del Pueblo-. Si hay algo que defina la psicosis es la ausencia, el fracaso o los errores en la internalización de las normas y valores de la cultura, la incapacidad de conformarse a las reglas implícitas que rigen la convivencia entre personas, carencia o defecto con los que han de bregar los sanitarios, que deben contener y establecer límites, funciones que no deben delegar ni transferir al juez civil.

En la recomendación del Defensor del Pueblo, aparte de las alusiones al papel del juez, a la función de su autoridad y a la responsabilidad de los sanitarios, se afirma expresamente la suficiencia de la normativa vigente para abordar los tratamientos involuntarios de los enfermos mentales (artículo 9 de la Ley de Autonomía del Paciente y artículo 6 del Convenio de Oviedo), no considerando necesaria una reforma. Este marco legal ha sido considerado "el más avanzado" por J.M. Bertolote, responsable de Trastornos Mentales y Cerebrales de la OMS, reconociendo que "otra cosa es su cumplimiento en la vida real". La distancia entre norma avanzada y realidad miserable no se debe únicamente a escasez o carencia de recursos -que habiendo pocos se despilfarran-, sino a fuertes resistencias sociales, corporativas e institucionales. La consideración del enfermo mental como incapaz, irresponsable y peligroso, que fundaba nuestra legislación hasta entrados los ochenta, está presente en normas administrativas de otros países y pervive en la conciencia colectiva. La necesidad social y cultural de acotar el mal no se aviene con las modificaciones legislativas producidas en España desde la promulgación de la Constitución: los enfermos mentales son ciudadanos como todos, con la atención integrada en el sistema sanitario general. En caso de que tengan que ser reconocidos minusválidos o declarados incapaces lo son por normas y procedimientos comunes con los demás enfermos crónicos o deficientes motores, intelectuales o sensoriales sin el más mínimo trato discriminatorio en la Ley de Autonomía del Paciente.

Las resistencias señaladas tienen dos formas preferentes de manifestarse: por una parte, los reiterados intentos de judicializar la asistencia, como el que ahora criticamos, y por otra, la insistencia, la verdadera compulsión creadora de servicios, centros y fundaciones específicos, separados, distintos, sólo para enfermos mentales.

8.- Holanda establece una comisión y un protocolo para la eutanasia infantil

DM, 01/12/2005 Redacción

Como un complemento a la Ley de Eutanasia de 2001, el Ejecutivo holandés ha establecido una comisión que regulará la práctica de la eutanasia de recién nacidos con graves sufrimientos, así como los abortos "terapéuticos" a partir de la 24 semana. La comisión, que empezará a funcionar a mediados de 2006, estará formada por tres médicos, un bioético y un jurista, será elegida por los ministerios de Justicia y Sanidad y todos los casos los remitirá luego a la Fiscalía General del Estado.

El impulsor de tal medida es Eduard Verhagen, pediatra de la Universidad de Groningen y autor de un protocolo que ahora se ha tomado como referencia. "Si debemos tomar esta terrible y difícil decisión, debemos hacerlo con libertad y sin miedo a las denuncias", ha declarado. "Estamos entrenados para salvar vidas, pero el sufrimiento de estos niños sólo puede frenarse acabando con sus vidas. Se necesita valentía para hacerlo".

"Los médicos tendrán ahora las manos más libres para decidir sobre la vida de los niños", ha dicho Bert Dorenbos, del grupo antieutanasia *Scream for Life*. "Es una pendiente resbaladiza". Entre 1997 y 2004 se ha informado de la eutanasia de 22 niños con espina bífida.

9.- Día mundial del sida

FCO. JAVIER ROMERO, Vicerector Universidad cardenal Herrera CEU.
Las Provincias, Valencia, 1 diciembre 2005.

El día primero de diciembre se celebra el día mundial del sida. Las noticias más recientes relacionadas con esta pandemia resultan, cuanto menos, preocupantes, si no dramáticas. Leía recientemente en los medios escritos que ONUSIDA, una organización impregnada de todas las cosas buenas y no tan buenas que tiene la ONU, hacía hincapié en la importancia de insistir en el uso del preservativo como la mejor solución para la prevención de la extensión de la enfermedad. Si analizamos los datos que llevan a esta conclusión con cierto detenimiento se nos plantean muchas cuestiones, algunas de ellas de muy fácil respuesta. Cuando se decide iniciar la campaña para la prevención del contagio entre usuarios de drogas por vía parenteral (inyectada), se proponen los programas de intercambio de jeringuillas. Los resultados muestran una reducción drástica de los contagios en esta población; un éxito de campaña. Cuando desde la costa oeste americana, especialmente San Francisco, se decide atajar la extensión del contagio por relaciones homosexuales, la propuesta del "safe sex" incluye en todas las campañas la reducción de la promiscuidad, además del uso del preservativo. El resultado es que el porcentaje de contagios por relaciones homosexuales disminuyó espectacularmente.

El planteamiento de las campañas para la reducción de los nuevos casos por contagio heterosexual se ha fundamentado en dos principios distintos: uno mayoritario, el uso del preservativo, y otro, que ha sido utilizado en muy pocas ocasiones, la educación. Este último principio fue el que inspiró las campañas que se desarrollaron en Uganda, con resultados de éxito aplastante en el incremento del número de mujeres que acudían a los centros de salud para el control de su embarazo, en el descenso del número total de nuevos casos anuales de contagio por contacto heterosexual, y otro largo etcétera de marcadores -una visita a los buscadores de Internet ilustrará al lector al respecto-.

ONUSIDA se pronuncia de nuevo sobre la importancia del uso del preservativo, de aumentar la accesibilidad al mismo, de enseñar su uso correcto, cosas todas estas y otras relacionadas con el condón, que ya han sido hechas en todas y cada una de las campañas anteriores. ¿Qué plantean esta vez de novedoso los señores "expertos" de ONUSIDA?, que hay que convencer a la Iglesia católica de que promocioe el uso del preservativo. Dicho de otra manera, después de décadas de promoción indiscriminada de uso del preservativo, el porcentaje de contagios heterosexuales y el porcentaje de mujeres contagiadas aumenta permanentemente año tras año.

Podría pensarse que la idea detrás de la campaña no es adecuada, pues no, resulta que esto es problema de la Iglesia católica que no promueve el uso del preservativo entre sus fieles. ¿Será que el número de fieles católicos en el mundo es muy elevado y que todos ellos son muy disciplinados, razón por la cual no usan preservativo y acaban contagiándose ellos y sobre todo ellas? Resulta indignante que ONUSIDA recurra a argumentos tan burdos como que el éxito en la campaña de Uganda, esto es la reducción de casos de sida, en realidad no se debe a las acciones formativas emprendidas, sino a que los enfermos que había se han muerto, razón esta por la que el número de casos disminuye. En esta campaña de acoso y derribo a todo lo que suponga promoción de valores y verdad científica, esto es lo último y más rastrero que se puede decir. Este nuevo atentado a la inteligencia de la mano de uno de sus responsables resulta realmente escandaloso, aunque está enmarcado en la estrategia ya conocida de oponerse por principio a todo aquello que no encaje en su agenda de intolerancia laicista.

En este sentido y al respecto de los datos recientes de seropositivos en el mundo, me alegró oír en televisión al Secretario de la Conferencia Episcopal Española (CEE), reverendo Martínez Camino, emplear un argumento publicado en The Lancet recientemente por más de 150 epidemiólogos, reivindicando el ya conocido ABC de la lucha contra el sida. Esta propuesta, que ya tiene casi una década, fue suscrita de nuevo recientemente a la vista de la progresión de las infecciones por vía heterosexual y el incremento de mujeres infectadas. Este ABC recoge las iniciales en inglés de Abstinencia, comportamiento ("Behaviour") y "Condom", como la secuencia ordenada de estrategias más adecuadas para la prevención del sida. No se lo ha inventado Martínez Camino ni la CEE, lo publican los epidemiólogos más prestigiosos del mundo, en una de las revistas más prestigiosas del mundo.

Lo lamentable fue tener que oír a una señora participante en dicho programa decir que lo contrario decían miles de otros epidemiólogos y que lo mejor que podía hacer la Iglesia era no meterse a científica, porque de eso sí que no sabía nada. La autoridad con que esta buena señora decía esto no eran sus muchos doctorados en ciencias biomédicas, sino sus entrevistas con algunos políticos partidarios de hacer desaparecer a la Iglesia y lo que significa en nuestro país.

Ya está bien de insistir en estrategias de campañas que han fracasado durante décadas, ya está bien de atribuir este fracaso a la intolerancia de la Iglesia Católica; ya está bien de insultar la inteligencia de los pueblos en África que son los que realmente padecen las consecuencias de esta epidemia; y por último, ya está bien de querer desacreditar a la institución que más enfermos de sida atiende en todo el mundo. Por amor de Dios, inventen otros cuentos y sobre todo dejen hacer a quienes ya han demostrado que las campañas basadas en la formación y en los principios morales sí que sirven, como se ha demostrado en Uganda.

10.- Hablar con los labios de un cadáver. La mujer que recibió un trasplante parcial de cara ya "come, bebe y habla claramente".

Los médicos desvelan sus dudas morales sobre la operación

ELPAIS.es - Sociedad - 02-12-2005.

La mujer, de 38 años, no fue atacada por dos perros. Tras sufrir hace unos días el primer trasplante parcial de cara realizado en el mundo, su familia ha hecho público hoy que trató de suicidarse con una sobredosis de medicinas, cayó desmayada y el perro que tenía como mascota la hirió (perdió la nariz y el mentón) al tratar de reanimarla. El equipo francés de médicos tuvo dudas morales antes de emprender la operación, pero se diluyeron cuando vieron lo terriblemente desfigurada que estaba.

No se han hecho públicas las imágenes de la paciente ni su identidad, pues según su familia quiere permanecer en el anonimato. Sin embargo, su hija, de 17 años, ha explicado que el perro probablemente salvó la vida pues logró reanimarla. A qué precio lo descubrieron los médicos cuando la paciente llegó al hospital, el domingo por la noche. Antes, se habían planteado muy en serio si la operación "era moral", pero al ver el estado en que se encontraba la mujer sus dudas se disiparon, y se dieron cuenta de que la reconstrucción facial no se podía afrontar con una operación de cirugía al uso.

Los expertos aseguran además que se trata de la mejor solución para la víctima. Los psicólogos creen que asumirá mejor su nueva imagen, no muy diferente a la original toda vez que el color y textura de la piel de la donante es muy similar a la suya. Los médicos creen que le resultará más fácil enfrentarse a la mirada de los demás que si hubiera tenido que sobrevivir con el rostro desfigurado. Esta "proeza" se ha llevado a cabo además respetando escrupulosamente todos los protocolos médicos y éticos, según ha asegurado hoy la directora de la Agencia de Biomedicina francesa, Carine Canby.

El equipo responsable de la operación ha dado hoy una rueda de prensa, en el curso de la cual ha asegurado que la paciente "va bien desde el punto de vista médico, psicológico e inmunológico", incluso mejor de lo esperado, según el jefe del servicio de trasplantes del hospital universitario de Lyon, Jean-Michel Dubernard. Sin embargo, quedan cuatro meses para que se sepa si la paciente recuperará la sensibilidad del rostro.

Los médicos han desvelado que, cuando la mujer pudo ver su nueva cara por primera vez, dijo: "Gracias". Ahora "come, bebe y habla claramente", algo que no podría haber hecho si no se hubiera llevado a cabo la operación. La piel, los tejidos subcutáneos, la masa muscular, las venas y arterias del implante provenían de una mujer en estado de muerte cerebral encefálica que se encontraba ingresada en el mismo hospital; su familia dio permiso para el trasplante. Como la ley francesa obliga a la restitución digna del cadáver a los familiares, un equipo de especialistas llevó a cabo una "restauración absolutamente destacable" de la cara de la donante, según Canby.

11.- Dos personas mueren por día en Argentina por no recibir un trasplante de órganos.

Martín Murphy BBC Mundo, Buenos Aires

Apenas horas después de que una nueva ley convirtiera a todos los argentinos en donantes de órganos, salvo que manifiesten su voluntad en contrario, la polémica se hizo escuchar en las calles del país.

"Es una gran cosa", señaló a la BBC Luis, un vendedor ambulante de Buenos Aires, "porque de esta manera mucha gente que precisaba un órgano ahora lo tendrá".

Unas cuadras más adelante, Juan Carlos, vendedor de diarios, se mostró indignado con la decisión del Congreso: "¿Por qué deciden sobre mí? Nadie te puede obligar a ser donante".

La nueva ley, que fue impulsada desde el gobierno, establece que todos los ciudadanos argentinos mayores de 18 años son potenciales donantes de órganos y tejidos, a menos que expresen su negativa por escrito.

Responsabilidad

"(La ley) salvará muchas vidas. Hay 6.000 personas en lista de espera (9.000 si se toman en cuenta los que precisan un trasplante de médula ósea) y mueren dos por día porque el órgano no llega", señaló el ministro de Salud de Argentina, Ginés González García, tras la votación de la ley en el Senado.

(La ley) salvará muchas vidas. Hay 6.000 personas en lista de espera
Ginés González García, ministro de Salud de Argentina

Hasta ahora, una persona debía dejar constancia que era donante en su documento de identidad, y cuando fallecía se le preguntaba a su familia si estaba de acuerdo con la donación.

Ahora la responsabilidad será de cada ciudadano, que deberá decidir si quiere ser o no ser donante.

Por eso, los defensores de la medida sostienen que la nueva ley no fuerza a las personas a convertirse en donantes, sino que los obliga a informarse.

Quejas

Pero muchas personas se quejan del hecho de que un cambio de esta envergadura no haya sido consultado a la ciudadanía.

Como señaló el diariero Juan Carlos: "Hace menos de un mes los argentinos fuimos a las urnas para votar legisladores, ¿qué les hubiera costado preguntarnos también si estábamos de acuerdo con esta ley?".

Unos metros al costado, su mujer, que prefirió no dar su nombre, contó a la BBC el caso de su sobrino que, luego de un accidente, estuvo en coma durante nueve días antes de que volviera en sí.

Los opositores de la nueva ley creen que incentivará el tráfico de órganos.

"Todos los días los del INCUCAI (Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante) venían a preguntarnos si queríamos donar sus órganos. Hoy hace nueve años que sigue vivo".

El INCUCAI asegura que existe una perfecta distinción entre el coma cerebral y el estado vegetativo, y la muerte cerebral.

Otro riesgo sobre el cual advierten los opositores de la nueva ley es que incentivará el tráfico de órganos.

La Iglesia Católica, cuya opinión tiene mucha influencia en Argentina, también se opone a la nueva legislación, por considerar, entre otros puntos, que viola la libertad de las personas.

A pesar de todos estos cuestionamientos, que de por sí pueden ser muy válidos, hay una realidad que no se puede negar: en Argentina existen unas 9.000 personas que esperan un donante de órgano para poder seguir viviendo.

12.- Las leyes de donante presunto, poco efectivas en Iberoamérica

DM, 05/12/2005 Jorge Sánchez Franco

Tras la aprobación de una ley de donante presunto en Argentina, el director de la ONT, Rafael Matesanz, ha destacado que este tipo de normativas no se entienden en los países iberoamericanos, por lo que se acaba pidiendo permiso a los familiares en todos los casos.

"Las leyes de donante presunto no solucionan el problema de la escasez de órganos, aunque pueden facilitar las cosas", ha dicho Rafael Matesanz, director de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) y presidente del Consejo Iberoamericano de Trasplantes, en relación con la aprobación de una ley argentina que convierte en donantes de órganos a todos los adultos, salvo que se nieguen.

La ley española también es de donante presunto. Aunque no es obligatorio consultar a los familiares del donante cuando éste no ha dejado constancia de sus preferencias, "la fuerza de la costumbre y la jurisprudencia han hecho que se pida autorización a los familiares del donante en todos los casos", explica Matesanz, quien cree que la norma argentina seguirá un desarrollo similar.

"En Iberoamérica no se entiende la creación de registros, exigencia clave para el correcto cumplimiento de una ley de estas características", explica el director de la ONT. De hecho, únicamente Uruguay tiene una ley parecida a la argentina, y la de Perú, aprobada recientemente, no es de donante presunto.

Otro caso significativo es el de Brasil, donde el rechazo popular evitó que se aprobara un ley de estas características.

"En todo el mundo sólo hay tres países donde se utiliza el consentimiento presunto de manera efectiva: Singapur, Austria y Hungría", expone Matesanz. En Portugal también existe una ley de donante presunto, "aunque se cumple a medias". La normativa aprobada por el Senado argentino convierte a todo ciudadano mayor de 18 años en donante de órganos a menos que manifieste lo contrario.

La norma, defendida por el Ministerio de Salud y las organizaciones coordinadoras de trasplantes, fue aprobada de forma unánime por los senadores presentes en el recinto. "Es un hecho histórico", ha declarado a la prensa el ministro de Salud, Ginés González García, quien ha advertido de que en el país mueren dos personas al día por la falta de órganos.

El presidente del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablaciones e Implantes (Incucai), Carlos Soratti, ha indicado que la promulgación de la ley beneficiará a cerca de 9.000 pacientes necesitados de un trasplante. "Estamos convencidos de que representará un salto cualitativo muy grande para el país, pues la normativa propone una modificación en la forma de establecer el consentimiento sobre la donación de órganos, para que cada argentino adopte la decisión en vida".

Por su parte, el director del Centro Único Coordinador de Ablación e Implante de Buenos Aires (Cucaiba), Ricardo Ibar, ha aclarado que la nueva ley no obliga a la donación de órganos, sino que expone que "quien no esté de acuerdo deberá expresarlo, aceptándose su voluntad". Según el Incucai, 5.692 personas se encuentran en lista de espera para recibir un órgano, y más de 3.000 necesitan un trasplante de córnea.

En relación con la marcha de la recién creada Red Iberoamericana de Donación y Trasplantes, Matesanz ha anunciado que la segunda reunión del Consejo Iberoamericano de Trasplantes se celebrará en Madrid en marzo de 2006. "Por ahora, estamos trabajando en la elaboración de varias recomendaciones y en la potenciación de los programas de formación y cooperación".

13.- El Colegio de Médicos distribuye un modelo de objeción de conciencia sobre la píldora del día después.

05/12/2005 Europa Press. Zaragoza

El Colegio de Médicos de Zaragoza ha facilitado a todos sus colegiados un modelo de objeción de conciencia que pueden entregar en sus lugares de trabajo para no prescribir la píldora postcoital, también llamada píldora del día después (pdd).

Asimismo se ha enviado una nota informativa que hace referencia a los diferentes aspectos médicos y ético-legales relacionados con este producto.

La vicepresidenta de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Zaragoza, Dolores Serrat, ha explicado que esta misiva tiene como objetivo informar sobre las obligaciones asistenciales del médico en términos de indicación, información y consentimiento informado de la píldora postcoital.

También pretende plantear las consecuencias desde el punto de vista ético y legal de esta prescripción en términos de responsabilidad profesional y de objeción de conciencia. En relación con ésta última, Serrat ha comentado que debe respetarse la libertad de prescripción del médico y el derecho a cumplir con sus normas de conciencia.

Serrat ha recordado que hay sentencias que protegen ese derecho y citó una del Tribunal Supremo de 1985, otra de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, que suspendió una orden de la Consejería de Salud que obligaba a dispensar la píldora postcoital en farmacias, y otra del Tribunal Superior de Justicia de Baleares que reconoce que se puede exonerar el médico de prescribir la píldora si éste ha declarado previamente la objeción de conciencia.

Perspectiva ético-legal

Desde el Colegio de Médicos indican que uno de los aspectos que está planteando dudas es la administración de la píldora a menores de edad, tanto en relación a su capacidad para otorgar el consentimiento como a su derecho a la confidencialidad frente a los padres.

En España se ha establecido legalmente la mayoría de edad sanitaria a los 16 años. Por eso, las principales dudas se plantean en la franja de edad de los 12 a los 16, en la que el facultativo debe hacer una valoración de la madurez de la menor y actuar según su criterio, por lo que "la carga recae sobre los profesionales sin que existan criterios ni unánimes ni homologados, ni ser ésta una cuestión fácil de determinar", ha precisado Serrat.

Por otra parte, ha señalado que, al tratarse de la prescripción de un medicamento, antes de recetarlo se debe realizar la entrevista clínica en la que el profesional valore la indicación, con algunas preguntas que son obligatorias.

14.- "Hay que empezar a plantearse una nueva Etica Sanitaria"

DM, 12/12/2005 José R. Zárate

"Hay que abandonar los simplismos y empezar a considerar el proyecto de una nueva Etica Sanitaria". Es la propuesta que hizo Gonzalo Herranz, de la Universidad de Navarra, en la clausura del V Congreso Nacional de Bioética, celebrado en la Facultad de Medicina de Málaga.

En su análisis de la compartimentación y alejamiento mutuo que han experimentado la deontología médica y la bioética, el profesor de la Universidad de Navarra citó como ejemplo "la distancia, digamos cultural, que se da entre la praxis de los comités asistenciales de bioética y las comisiones de ética de las organizaciones profesionales de médicos y enfermeras; o el diferente modo de entender los testamentos de vida que tienen los biéticos, biojuristas o biofilósofos, y el de los deontólogos".

Frente a la deontología como conjunto de obligaciones de naturaleza moral que se han dado los sanitarios para gobernar su práctica profesional, no hace medio siglo surgió en Estados Unidos la bioética, más abarcante, pragmática y consecuencialista, cientifista y liberal, "con una vertiente práctica que le lleva a participar en decisiones clínicas, en proyectos legislativos y en la planificación económica".

Entre ambas disciplinas, según el profesor de Humanidades Biomédicas, se ha ido abriendo una grieta cada vez mayor de incomprensiones y desprecios; una separación en la que la bioética se ha alzado con el favor y prestigio de crítica y público. Pero "la bioética influye pero no actúa. No tiene que vérselas directamente con los pacientes. Trata con argumentos muy trabados de cómo podrían hacerse las cosas, pero no tiene ningún interés en hacer lo que dice. Ahí está por ejemplo lo utópico de los testamentos de vida o del consentimiento informado en muchas situaciones clínicas".

Quizá sean los gajes de los tiempos postmodernos. "La deontología habla sobre todo de deberes, cuando lo que le gusta a la gente de hoy es que le hablen de libertades; disfruta de autoridad institucional que, como toda autoridad, es hoy sospechosa, en especial por ser resultado de la autorregulación profesional".

Pero el desprecio es mutuo. "Parece que hay incompatibilidad de caracteres. La bioética se hace en bibliotecas y seminarios; la deontología está en las salas y pasillos de hospitales y ambulatorios". La bioética, añadió, ha perfilado un modelo de hombre autónomo y biológico que ha descalificado la idea de beneficencia como "paternalismo condenable".

A la vez, acusó a la deontología de haber mostrado una terca resistencia al cambio, de exagerar la defensa corporativa y de olvidar su fuerza moral y educativa.

Propuso por eso abandonar los simplismos y proyectar una nueva ética médica, "no para sustituir a la deontología y bioética sino para nutrirlas de aliento y de ideas, para intercomunicarlas". Sería un ámbito de reflexión, de análisis crítico, en el que juristas, teólogos y filósofos colaboren con los profesionales sanitarios en los problemas de la práctica más que en los asuntos, interesantes pero lejanos, del tortuoso progreso científico.

Sin unas firmes convicciones éticas -alertó-, "se corre el riesgo de ir a remolque del derecho y las sentencias, que se han tragado a los comités asistenciales, dedicados obsesivamente a redactar formularios de consentimiento informado".

15.- La escala filogenética condiciona la ética en la experimentación animal

DM, 19/12/2005 Jose A.Plaza

Luis Muñoz, asesor en bienestar animal del Comité de Bioética en la Universidad de Salamanca, ha explicado a diario médico cómo la escala filogenética, definida por la línea evolutiva, es un factor condicionante de la ética en la experimentación con modelos animales. Por esta razón es menos conflictivo investigar con ratones que con primates.

Luis Muñoz, asesor en bienestar animal en el Comité de Bioética de la Universidad de Salamanca, ha explicado cómo la secuenciación de nuevos genomas (ver DM del 9-XII-2005) no desplazará al ratón como principal modelo en la experimentación porque presenta una gran facilidad para la investigación frente a animales menos estudiados y menor conflictividad ética.

En los últimos años han aparecido nuevos modelos. Un claro ejemplo de esta tendencia es el pez cebra, cuyo estudio "tiene ventajas desde el punto de vista ético, porque presenta una menor sensibilidad y siempre se tiende a utilizar especies menores en la escala filogenética", que viene definida por la línea evolutiva. Precisamente por ello, las investigaciones con primates son mucho más reducidas, hasta el punto que el experto apunta que "en pocos años la experimentación con este modelo desaparecerá totalmente".

Pero esta afirmación no esconde una tendencia que Muñoz considera en ocasiones inapropiada. "Un ratón también sufre. Desde un punto de vista estricto y consecuente, un primate tiene igual sensibilidad que un ratón, por mucho que sea más parecido al hombre. La ética no debe diferenciar por especies".

Minimizar el dolor

La ley que rige la experimentación animal es de ámbito estatal y de aplicación sólo en las instituciones públicas. Pero en los últimos años "la sensibilidad social ha provocado que organismos privados hayan incluido motu proprio comités de ética en la experimentación animal".

Su función es asegurar que las condiciones del experimento minimizan el posible dolor del animal. "El asesor en bienestar animal persigue la mayor calidad en el experimento sin olvidar nunca la ética".

16.- ¿La vanidad del científico?

DM, 22/12/2005

El investigador surcoreano Woo Suk Hwang se encuentra en el centro de una agria polémica tras reconocer que mintió en el procedimiento de obtención de

óvulos para sus investigaciones de clonación humana. Ahora se encuentra en un cruce de declaraciones sobre la veracidad de los hallazgos que publicó en Science el pasado mayo. El conflicto está afectando a la credibilidad de los editores científicos. Hwang de 53 años ha enterrado un brillante currículum, pasando de tener un club internacional de fans a ser denostado, de héroe a ángel caído de la ciencia. Pasaba días enteros en su laboratorio y semanas sin ver a la familia, lo cual le ha llevado a decir al desatarse la tormenta: "estoy tan concentrado en mi trabajo que a veces no me he parado a pensar en las cuestiones éticas". Un buen tema para un seminario de bioética.

¿Qué motivaciones laten en estas carreras por el triunfo científico? , ¿dinero, afán de servicio, vanidad? No nos corresponde juzgar intenciones, pero si podemos analizar los hechos. A mi me parece que hay un exceso de ruedas de prensa declarando que tal o cual equipo ha sido el primero o el pionero en un logro, cuando en la realidad se trata de hallazgos provisionales que a veces generan expectativas sociales de las que difícilmente se beneficiará la actual generación. El exhibicionismo mediático nunca ha sido buen compañero de viaje del científico serio y concienzudo.

Aprovecho para desear unas Felices Navidades a los amigos de este blog.

17.- El 'caso Hwang' debilita el sistema de publicación

DM, 23/12/2005 Sonia Moreno / María Poveda / Clara Simón

La polémica creada por el surcoreano Hwang está cuestionando el sistema de comunicación científica basado en un proceso que cierra los ojos con ingenuidad a debilidades tan humanas como la ambición por el éxito.

El escándalo provocado por la dimisión de Hwang Woo Suk de su cargo como profesor de la Universidad de Seúl ha puesto en entredicho a la revista Science, uno de los bastiones de la comunidad científica, y, por ende, al sistema de comunicación del que se sirven los investigadores para construir el avance en las diferentes disciplinas. Por importante que sea un hallazgo, éste no existe si no se da a conocer a la comunidad científica y el medio utilizado con más frecuencia es la publicación en revistas especializadas.

El sistema "tiene defectos, pero es el que mejor funciona", justificaba Monica M. Bradford, directora ejecutiva de Science, cuando los medios coreanos destaparon en noviembre las primeras irregularidades en torno a los estudios de Hwang.

Existen varios filtros de seguridad: este año Science ha recibido unos 12.000 artículos que optaban a ser publicados, de los que alrededor del 80 por ciento se devuelven, por no parecer interesantes al comité editor, constituido por una treintena de científicos de diversos ámbitos. Los estudios restantes se remiten a tres referies o árbitros con una indicación sobre el interés del trabajo que marca la prioridad para ser publicado, aunque todo este proceso suele durar un mes.

El problema de los pares

Los árbitros, de los que uno o dos pueden ser miembros del comité editorial, analizan en profundidad los trabajos y determinan si los experimentos que sustentan los resultados están bien hechos; en la mayoría de los casos se devuelven por no considerarse relevantes o por haber detectado fallos; también se puede plantear a los autores aspectos que deben revisarse en el estudio y ofrecerles la oportunidad de repetir el experimento y revisar los datos cuestionados, volver a enviarlo y, finalmente, formar parte del 25 por ciento de los trabajos que aprueban en Science para su publicación.

Una de las principales objeciones del sistema de pares atañe precisamente a los árbitros, cuyos ámbitos de investigación pueden entrar en conflicto con los trabajos que evalúan. En este sentido, José Manuel García Verdugo, catedrático del Instituto Cavanilles, de la Universidad de Valencia, y autor publicado en Science, propone para solventar este choque de intereses "la publicación, que puede ser on-line y de forma anónima, de las preguntas que el trabajo suscita al árbitro, así como las respuestas proporcionadas por los autores de la investigación". De esta forma, se proporcionarían pistas sobre los flancos débiles del trabajo y se evitaría que un interés particular (y poco ético) por parte de los árbitros influya en el retraso de la publicación del artículo, como ya ha ocurrido.

Además de los problemas que plantea el filtro, la invención de los datos científicos de un experimento es otra forma de fraude en biomedicina. La falsificación es el fraude más frecuente (40 por ciento de los casos), seguido de la invención (12 por ciento) y el plagio (5 por ciento), según ha recogido Rosa Sancho, del Centro de Información y Documentación (Cindoc), del CSIC, en un artículo sobre el tema. Otras formas de engaño menores son la autoría ficticia, la publicación duplicada o fragmentada, la publicación inflada y presentación prematura de los resultados a los medios de forma sensacionalista.

Medallas de plata

Y es que en ciencia no hay lugar para medallas de plata. El objetivo de ser el primero en publicar un hallazgo prima sobre otros como asegurar la ausencia de errores. La prisa tampoco es ajena a las revistas científicas; ahí está la carrera protagonizada entre Science y Nature por publicar el primero la secuenciación del Genoma Humano.

La segunda variable con la que alcanzar el éxito científico es la cantidad de publicaciones. La presión por tener trabajos en imprenta es tal, que se establecen estrategias como la publicación salami, que consiste en dividir los resultados de una investigación en la mayor cantidad posible de "unidades publicables" para tener más impactos, tal como expone en un trabajo Juan Miguel Campanario, del Grupo de Investigación en Aprendizaje de las Ciencias de la Universidad de Alcalá de Henares (Madrid).

Otra técnica es enviar a distintas revistas los mismos experimentos con pequeñas modificaciones. "El resultado neto es un incremento de la cantidad de literatura científica que se traduce en la pérdida de tiempo para localizar bibliografía relevante". El autor sugiere apostar por la calidad y alude a prácticas como las adoptadas por la Universidad de Harvard, donde sólo se admiten cinco publicaciones en los currículos de aspirantes a profesor.

José Manuel García-Verdugo propone recurrir al factor h -medida propuesta por el investigador de la Universidad de California Jorge Hirsch- que consiste en evaluar la relevancia de un artículo atendiendo a las citas que de él hacen otros autores. "A veces se publica algo que al cabo de un año no se ha confirmado con nuevos trabajos, señal de que algo se ha hecho mal. La ciencia se sustenta sobre los ladrillos de otros: si encima del tuyo no colocan otro hay que sospechar", asegura el catedrático de Valencia, para el que el tiempo termina por poner a todos en su sitio.

18.- Hace falta mayor compromiso e intervencionismo de la bioética

DM, 28/11/2005. Covadonga Díaz. Gijón

El coordinador de la cátedra Unesco de Bioética de la Universidad de Brasilia, Volnei Garrafa, ha señalado que la bioética debe ser más intervencionista y comprometerse con las poblaciones más pobres para intentar mejorar su acceso a los medicamentos y a los sistemas sanitarios.

Las desigualdades en el acceso a los sistemas sanitarios y a los medicamentos se están acrecentando hasta alcanzar niveles dramáticos, según Vonei Garrafa, coordinador de la cátedra Unesco de Bioética de la Universidad de Brasilia y presidente de la Sociedad Brasileña de Bioética. Por ello, ha reclamado el paso de una bioética contemplativa a otra de tipo intervencionista para intentar mejorar el acceso de las poblaciones más desfavorecidas a los sistemas sanitarios.

Así lo ha señalado en el IV Congreso Mundial de Bioética, organizado en Gijón por la Sociedad Internacional de Bioética (SIBI). Garrafa ha explicado que desde hace algunos años se ha comenzado a apostar por una propuesta de bioética de intervención. El progreso tecnológico está acentuando las diferencias en el acceso a los medicamentos, así como en la esperanza de vida, que en países como Japón o Estados Unidos duplica la que se registra en Burkina Fasso.

Los sistemas sanitarios resultan cada vez más caros e incluso en los países desarrollados algunos grupos de población deben afrontar crecientes dificultades en el acceso a ellos.

La bioética no puede permanecer ajena a esta situación y los especialistas están comenzando a plantear la necesidad de dejar paso a una bioética intervencionista, "transformadora y comprometida con la realidad de los países

subdesarrollados. Durante sus 35 años de vida la bioética ha sido una herramienta teórica y metodológica: no se puede aceptar más esta situación".

Garrafa ha aludido al creciente proceso de despolitización de los conflictos morales: "La bioética termina sirviendo de modo neutral para la lectura y la interpretación de los conflictos, por más dramáticos que sean, y de este modo es apagada y anulada la gravedad de las diferentes situaciones que acarrear profundas distorsiones sociales".

Inversiones desiguales

En cuanto a las inversiones en investigación de medicamentos resultan tremendamente desproporcionadas para distintas patologías. Así, en el último año sólo se destinó a la investigación de nuevas vías de actuación frente a la malaria un dos por ciento de lo que se aplicó a la investigación sobre el sida, cuando, según sus datos, falleció el mismo número de pacientes por una y otra enfermedad.

Además ha aludido a la diferencia de esfuerzos para controlar enfermedades crónico-degenerativas propias de países avanzados en comparación con los de otras como la malaria o la leishmaniasis, propias de países subdesarrollados. Por ello, es necesario rescatar el verdadero sentido de la equidad, "que no representa lo mismo que igualdad".

Garrafa ha apostado por el reconocimiento de necesidades diferentes, "de sujetos también distintos, para alcanzar objetivos iguales".

En este proceso algunos conceptos claves son los de liberación o emancipación.

Por último, ha señalado que la acción efectiva y organizada de los países del hemisferio sur en la construcción de la reciente Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la Unesco demuestra que "es posible actuar de modo intervencionista en la construcción de instrumentos para facilitar el acceso de las personas y los pueblos a los medicamentos".

19.- Miguel Casares: "Hay que implantar en los hospitales la cultura de la atención global al enfermo"

DM, 28/11/2005 Nuria Siles

El presidente del Comité de Ética Asistencial (CEA) del hospital de Getafe, Miguel Casares, afirma que "hay que implantar la cultura de atención global al enfermo en los hospitales".

A su juicio, uno de los retos mayores a los que se enfrentan los CEA es precisamente mejorar el tratamiento de los pacientes terminales al final de la vida.

Casares, que ha participado en el curso La bioética clínica aplicada a la práctica asistencial celebrado en el hospital de Móstoles, considera que aunque "en ese momento las estrategias son distintas -no van encaminadas a curar al enfermo, sino a proporcionarle una muerte digna-, el médico no puede abandonarlo cuando ya no se le pueda sanar". El facultativo habrá de conseguir mejorar la calidad de vida, tratar el dolor, la disnea, etc.

Los hospitales terciarios se dedican tradicionalmente a curar a los pacientes. Sin embargo, a ellos también llegan enfermos terminales y estos centros no están preparados para atenderlos, por lo que "hay que mejorar el trato que se les da".

En este ámbito los comités de ética asistencial tienen un papel importante y deben diseñar estrategias para que se facilite la implementación de voluntades anticipadas a los pacientes que ingresan en los centros sanitarios. Se trata de un documento en el que pueden plasmarse los tratamientos o criterios que han de seguir los médicos en el caso de que el paciente sufra una enfermedad irreversible y ya no tenga autonomía para expresar su voluntad. A su juicio, "es importante que el paciente deje constancia de sus deseos".

No reanimación

Otra cuestión sobre la que también han de incidir los CEA es la que se refiere a las órdenes de no reanimación, que "tampoco están establecidas". Para él es importante diferenciar aquellos casos en los que la reanimación está indicada de aquellos otros en los que con ella lo único que se consigue es prolongar la agonía del enfermo terminal.

Además, Casares ha señalado que "los CEA tienen que participar en la política general de la institución. No sólo han de responder a casos clínicos concretos, sino diseñar estrategias para que se respeten valores y creencias de los pacientes, mejorar la seguridad de las personas maltratadas o niños, o el cuidado de las pertenencias de los enfermos".

Por último, otra de las carencias que existen actualmente en los centros es la salvaguarda de la confidencialidad, un reto más de futuro de los comités de ética asistencial.

20.- Expertos elaboran una guía ética sobre pandemia de gripe

DM, 29/11/2005 Nuria Siles

Un grupo de expertos del Joint Centre for Bioethics de la Universidad de Toronto ha preparado una guía ética de quince puntos en la que recomiendan una serie de medidas que habría que adoptar para el caso de que exista una pandemia de gripe.

Un grupo de trabajo del Joint Centre for Bioethics (JCB) de la Universidad de Toronto ha elaborado una guía ética, que consta de quince puntos, en la que recomiendan una serie de medidas para afrontar una pandemia de gripe.

La guía se ha realizado tomando como base la experiencia y el estudio de la crisis del Síndrome Respiratorio Agudo, cuyas siglas en inglés son SARS, ocurrida en 2003.

Según el JCB, "ante la predicción de una pandemia de gripe que amenaza con afectar a la salud de millones de personas en todo el mundo y que podría hacer tambalear las economías y los sistemas de salud, se requerirán algo más que nuevos medicamentos y un buen control del contagio".

La clave, la ética

Peter Singer, director del JCB, que ha supervisado el estudio, afirma que "mantener unos valores éticos comunes o compartidos por todos es lo que puede mantenernos juntos durante una crisis intensa. Una lección muy importante que aprendimos del brote de SARS es que la equidad es lo más importante en tiempos de crisis y confusión. El momento para considerar estas cuestiones de cara a la pandemia que nos amenaza es ahora".

El documento de los expertos ha señalado que la planificación universal de la pandemia requiere de un componente ético.

La guía ofrece quince recomendaciones que distribuye en cuatro apartados distintos: Trabajadores sanitarios, libertad y salud pública, racionamiento de vacunas, antivirales y otros recursos y recomendaciones sobre viajes .

Valores importantes

Según el JCB, existen una serie de valores que hay que tener en cuenta ante un brote pandémico de gripe.

En primer lugar, se refiere a la libertad individual. Así explica que en una crisis de salud pública las restricciones a la libertad individual son necesarias para proteger a la población de un perjuicio o daño grave.

Las restricciones han de ser necesarias, pertinentes y proporcionales. Además, se han de aplicar las medidas que sean menos restrictivas y hacerlo de manera equitativa.

Otro de los valores es la intimidad. Los individuos tienen derecho a la privacidad en la asistencia sanitaria. Sin embargo, ante una crisis podría ser necesario restringir ese derecho para proteger a la población de un daño grave, es decir, primaría el interés general.

El JCB alude a la obligación de prestar asistencia. Es una cuestión inherente a todos los códigos de ética el deber de los profesionales sanitarios de proporcionar a los enfermos atención sanitaria y responder al sufrimiento.

Además, está la confianza, un componente esencial a todos los niveles en la relación entre el médico y el paciente, el personal y sus organizaciones, etc.

Por otro lado, los expertos han subrayado la importancia de la solidaridad. Así explican que, después de la lección aprendida con el SARS, una pandemia de gripe requerirá una nueva visión de la solidaridad entre los Estados. Un caso así puede hacer cambiar las ideas convencionales sobre seguridad, territorialidad y soberanía.

Es necesario que exista transparencia en la toma de decisiones y que se revisen éstas a medida que salgan nuevas informaciones sobre la crisis. Estos son algunos de los valores sobre los que incide la guía del Joint Centre for Bioethics de la Universidad de Toronto.