

Artículos Breves. Mes de Febrero 2006

Indice:

- 1.- Cómo reconocer al médico bueno. Manuel de Artaza Andrade
- 2.- El comité científico de la Universidad de Seúl determina que las células clonadas de Hwang Woo Suk eran falsas
- 3.- La exploración genética y el futuro de los tratamientos
- 4.- Expertos del Colegio de Médicos de Barcelona y el Hospital de San Pablo: "Hay que dar más importancia a la objeción de conciencia"
- 5.- Se detiene el ensayo clínico que comparaba una terapia continua frente a una interrumpida contra el VIH
- 6.- Un estudio británico cifra en 3.000 las muertes por eutanasia en 2005
- 7.- Una declaración poco madura. M^a Dolores Vila-Coro.
- 8.- El Estatuto catalán no abrirá la puerta al aborto y la eutanasia activa

1.- Cómo reconocer al médico bueno

Manuel de Artaza Andrade

Exjefe del Servicio de Cardiología de la Clínica Puerta de Hierro, de Madrid
Diario Médico, 30/12/2005

El autor sostiene que el buen médico es el que, además de tener el reconocimiento de sus compañeros, está bien formado, con la mente organizada y con buena información. Critica la obsesión por la actualización del dato y afirma que el lado oscuro de la medicina basada en la evidencia es la desconsideración hacia la capacidad del médico.

El calificativo de bueno se refiere aquí a la calidad del experto médico, que no a la bondad como cualidad personal. Cuando se plantea la elección de un médico suele haber incertidumbre y hasta perplejidad, porque equivocarse puede traer daños al enfermo y sentimientos de culpa a los familiares. Además, la selección no es fácil porque entre los facultativos, como en cualquier otra dedicación, existen muy notables diferencias de calidad.

Se comienza por solicitar información a los amigos y parientes, pero pronto aparecen espontáneos y al final, el interesado y la familia pasan de la paz de la ignorancia al desasosiego de la confusión.

El buen médico es un producto de larga elaboración y en una fase inicial ha de tener cerca de él una o algunas personas con cabeza clara y crítica para que el profesional naciente reconozca en ellas cómo han de ser adquiridos y cómo han de quedar conformados los saberes de la medicina. Los conocimientos en ella nacen con la información, después deben adquirir una base conceptual, y finalmente el médico almacena, de manera progresiva, saberes en forma de núcleos o patrones en el contexto de problemas médicos concretos. Ese modo de almacenamiento facilita su pronta recuperación porque rescata, casi automáticamente, un guión, un patrón condensado y conformado en el tiempo

por capas superpuestas de lectura y experiencias repetidas que conducen a un reconocimiento muy rápido del problema médico. Esto es lo que distingue al experto del estudiante o del principiante, que tiene un proceso discursivo más ligado a la información y más lento.

La organización de conocimientos requiere el aprendizaje en un hospital y esa es la primera exigencia que debemos rastrear. El médico bueno debe tener formación en un hospital reconocido, dentro de un equipo y debe permanecer incorporado a él. El grado de reconocimiento que tenga entre sus compañeros puede constituir otro criterio para la elección del médico. Es habitual atribuir a los facultativos un fuerte sentido corporativo, pero tratándose de la calificación profesional de un compañero, aparece la más exigente crítica. Los colegas distinguen bien entre la popularidad y el prestigio y también entre la exhibición y el trabajo serio. Seguramente el paso siguiente supone ya el primer encuentro en la consulta. El paciente y la familia se sientan y sienten ante el médico. En esa situación ya son ellos quienes deben valorar lo que llamaremos inteligente atención, que se manifiesta en la expresión gestual del médico y en el sesgo de las preguntas para llegar a la verdad a través de un proceso reflexivo que el paciente puede reconocer en la entrevista. Este punto aclara, por contraste, cuáles son los profesionales de los que hay que huir; y antes que de otros, del médico del que se dice que tiene mucho "ojo clínico" y que con una pregunta resuelve el caso. Ese es el intuitivo, el que diagnostica sin razonamiento, pero que está seguro de la certeza. Suele ser peligroso porque es capaz de grandes aciertos, pero también de enormes y contumaces errores. La evidencia

De todos es conocido el movimiento ocurrido en los años recientes que, con cierto grado de petulancia, se ha denominado medicina basada en la evidencia y que proclama que el cuidado de los pacientes y la toma de decisiones clínicas exigen los conocimientos de los que tengamos la mayor evidencia disponible. Los defensores de esta medicina sostienen que, para las respuestas que debe dar el clínico, los conocimientos de la fisiopatología son insuficientes y de muy poco le sirven su experiencia y habilidades. La idea obsesiva por los datos ha llevado a decir que el libro es una forma casi inútil de información porque cuando se publica ya tiene un retraso de información de varios meses.

El corolario de todo esto es que un buen ejercicio de la medicina solamente es posible con las puestas al día, el seguimiento de las guías elaboradas por las sociedades científicas y extensas revisiones de problemas médicos. La obsesión llega al pasar la visita con el ordenador de bolsillo para obtener el dato más reciente.

Analizada serenamente, esta corriente del pensar médico ha supuesto una notable aportación para la concreción y síntesis de la información. En la actualidad hemos desarrollado más sentido crítico, seguimos las guías médicas, nuestra información se nutre en gran parte de buenas revisiones y puestas al día e internet es un medio casi cotidiano. El lado oscuro de la medicina basada en la evidencia es la absurda desconsideración de las capacidades del médico, la obsesión por la actualización del dato y la

presentación de la información -los ensayos clínicos en cabeza- con un revestimiento de matemática estadística que la hace aparecer infalible.

Algunos médicos en formación aceptan la información casi como una revelación religiosa. Los médicos jóvenes que han nacido a la medicina en la época de los venerados ensayos randomizados acuden más a los datos concretos que a los mecanismos básicos de las enfermedades y piensan que las decisiones clínicas se pueden solventar con respuestas muy breves que se obtienen al instante en el ordenador de bolsillo. Muchos médicos han llegado a creer que el dato de hoy es mejor que el de ayer y además es el definitivo, porque se les hace creer que la medicina avanza de modo trascendente cada día y siempre en línea ascendente, lo cual es mentira. Suelo repetir que los MIR frecuentemente son médicos muy bien informados pero poco formados. Einstein decía: "Cada vez sabemos más y entendemos menos".

Con estas consideraciones cabe aceptar que la extensión, intensidad y actualidad de la información es otro firme criterio de selección de médico y concluir que médico bueno es el bien formado, reconocido entre sus compañeros, con la mente bien organizada y con buena información.

2.- El comité científico de la Universidad de Seúl determina que las células clonadas de Hwang Woo Suk eran falsas

Agencia EFE, 30/12/2005 Seúl

La Universidad Nacional de Seúl asestó ayer el golpe definitivo contra la reputación del pionero de la clonación genética surcoreana, Hwang Woo Suk, al acusarle de falsear sus experimentos con células madre de embriones humanos.

La Universidad Nacional de Seúl asestó ayer el golpe definitivo contra la reputación del pionero de la clonación genética surcoreana, Hwang Woo Suk, al acusarle de falsear sus experimentos con células madre de embriones humanos.

Un comité investigador de ese centro oficial ha anunciado que "no encontró ninguna evidencia" sobre la autenticidad de los logros de Hwang Woo Suk en las células madre de embriones humanos clonados, tal y como presentó este año la revista Science. Estos presuntos éxitos en el campo de la clonación tuvieron una gran repercusión en la comunidad científica internacional, pues abrían el camino para el tratamiento de enfermedades consideradas incurables actualmente, como la diabetes y el Parkinson.

La portavoz del comité universitario que investiga el caso, la decana Roh Jong Hye, confirmó ayer, en una reunión con periodistas, que no existe ninguna célula madre de embriones clonados a pacientes: "No se ha encontrado ninguna célula creada que coincida con el ADN de la célula del paciente y tampoco existen evidencias de que se crearan esas células clonadas".

El equipo de Hwang había publicado en Science el pasado mayo que obtuvo once líneas celulares de embriones humanos clonados de diversos pacientes, experimento para el que se emplearon 185 óvulos.

Tres laboratorios

Según la responsable de la Universidad de Seúl, las conclusiones del comité universitario de investigación -que hunden, aún más, si cabe, la reputación del profesor surcoreano- se obtuvieron después de que se examinara en tres laboratorios diferentes el ADN de ocho células creadas por el equipo de Hwang.

La decana ha añadido que estas ocho células resultaron ser las mismas creadas a través de la fecundación por el Hospital Mizmedi en Seúl. Estas conclusiones sobre la falsedad de los hallazgos del científico considerado hasta hace muy poco como un héroe nacional en Corea del Sur serán publicadas a mediados del próximo mes de enero.

Sin embargo, y ante el creciente interés público, el comité universitario ha decidido dar a conocer ya una primera evaluación de su investigación antes de anunciar el resultado definitivo en enero.

El comité examina ahora la autenticidad de otro estudio publicado en 2004 en la misma revista especializada, según el cual Hwang logró por primera vez en la historia clonar embriones humanos y extraer células madre. Asimismo, se determinará la veracidad de la clonación del primer perro, llamado Snuppy por sus presuntos "creadores".

La tecnología

El resultado de este informe definitivo determinará si el equipo de Hwang posee tecnología "original" para obtener células madre a partir de embriones humanos clonados del paciente.

El controvertido científico había pedido disculpas el pasado viernes y anunciado su dimisión después de que este comité universitario confirmara que Hwang manipuló los datos de la clonación de embriones humanos para presentarlos en 2005 en Science; el comité constató además la falsedad de nueve de las once células obtenidas. No obstante, ese mismo día el profesor insistió en que su equipo posee tecnología original, producto de sus investigaciones a lo largo de los últimos años, y aseguró que lo podría demostrar.

Hwang no se ha manifestado ante el dictamen del comité, que añade más escepticismo a las afirmaciones del profesor sobre la autenticidad de su tecnología de clonación.

3.- La exploración genética y el futuro de los tratamientos

DM, 30/12/2005 Redacción

La exploración genética es uno de los campos de la investigación médica que más rápidamente avanza y también uno de los que más discusiones suscitan. No siempre es fácil saber lo rápido que avanza esta ciencia, como tampoco lo es la preparación para admitir los resultados que produzca.

Las pruebas prenatales se convierten en una cuestión cada vez más conflictiva. Las recientes avances en exploración y diagnóstica han facilitado que cerca del 70 por ciento de las anomalías fetales letales puedan detectarse sólo tras doce semanas de gestación. Igual que existe la posibilidad del aborto en las primeras semanas de gestación por causa de anomalías en el feto, aparece la posibilidad real de realizar terapia en el útero para aliviar o prevenir estos problemas, que pueden ocurrir una vez el bebé ha nacido.

Las enfermedades causadas por un gen individual son relativamente raras. El impacto de la exploración genética en la salud pública crecerá según los trabajos en este campo y en relación con las enfermedades más comunes avancen. La lista de enfermedades con componente genético es larga y estudios recientes sugieren que, por primera vez, existe la posibilidad de definir los procesos bioquímicos que están tras estos desórdenes. Gracias a estos avances la comprensión de las enfermedades será mejor y las compañías farmacéuticas podrán adoptar un enfoque más racional en el desarrollo de medicamentos.

En algunas enfermedades, una prueba genética permitirá una predicción bastante alta, mientras que en el caso de otras la influencia del entorno es tan grande que los resultados de la prueba permitirán a ciertos grupos conocer el riesgo de sufrir una enfermedad en comparación con el resto de la población, de igual forma que el colesterol sirve como predictor de enfermedades cardiovasculares.

4.- Expertos del Colegio de Médicos de Barcelona y el Hospital de San Pablo: "Hay que dar más importancia a la objeción de conciencia"

DM 05/01/2006 Carmen Fernández. Barcelona

Mucho se ha avanzado en los últimos años en las técnicas biomédicas y en la libertad de los pacientes y muy poco, por no decir nada, en materia de derechos de los médicos tan fundamentales como la objeción de conciencia, según un grupo de expertos catalán.

Hasta ahora se ha hablado poco y legislado menos sobre un aspecto importante para los profesionales de la salud como es el derecho a la objeción de conciencia. "Hay que darle la trascendencia que tiene y a la vez repasar el estado actual del pensamiento ético y de la legislación en este ámbito de

actuación. Tanto es así que, incluso en el contexto de dar la necesaria primacía a la autonomía del paciente, en algunos sectores se afirma, exageradamente, que el paciente tiene derecho a imponer las normas de conducta del médico", según exponen Joan Monés, Núria Torras, Jordi Craven-Bartle y Joan M. Sánchez, de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Barcelona (COMB) y el Comité de Ética del Hospital de San Pablo en un informe publicado por *Annals de Medicina*, órgano de expresión de la Academia de Ciencias Médicas y de la Salud de Cataluña y Baleares.

Y continúan: "Se llega a defender que el médico tiene que anteponer las convicciones del paciente por encima de las suyas propias, tanto científicas como éticas, olvidando que el médico tiene unas normas morales y de conducta profesional que le pueden impedir la práctica de determinadas y específicas peticiones, sin que eso suponga una falta de atención al enfermo". Por objeción de conciencia médica se entiende la negativa del profesional, basada en serias razones de convicción moral y/o religiosa, a realizar ciertos actos ordenados o tolerados por la autoridad competente.

Razones expresadas

El grupo de expertos catalán parte de la base de que la objeción es una acción de dignidad ética cuando las razones expresadas por el médico son serias, sinceras, constantes y reiteradas y hacen referencia a situaciones fundamentales y profundas de su conciencia. "En consecuencia, tienen que ser excluidos, como posible base para la objeción, tanto los desacuerdos técnicos como las razones de conveniencia", matizan.

Como argumento a favor de un tratamiento más serio y riguroso del derecho a la libertad de objeción apuntan que el Estado español moderno se autoproclama neutro desde el punto de vista religioso y moral. Desde este punto de vista, tiene que admitir el derecho del testigo de Jehová a rechazar una transfusión de sangre de la misma forma que tiene que aceptar que el médico elija libremente su actuación ante el aborto, la droga, el uso de embriones congelados para investigación, la reproducción asistida o la eutanasia.

¿Cuáles son los fundamentos jurídicos de este derecho? Son variados: Convenio de Roma para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (1950), Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de Nueva York (1966), Guía de Ética Médica europea, sentencias de 13 de abril de 1982 y 11 de abril de 1985 del Tribunal Constitucional, Declaración sobre objeción de conciencia (1997) de la Asamblea General del Consejo General de Colegios de Médicos y Constitución Española (artículo 10.1). No obstante, la Carta Magna es por ahora, a falta de legislación específica, la única que aporta solución y seguridad jurídica a los médicos objetores.

Aborto: "El médico no puede ser obligado a realizarlo"

La legislación contempla tres supuestos o circunstancias en las que el aborto está despenalizado, pero los expertos del COMB y el Hospital de San Pablo, que han revisado la objeción de conciencia, recuerdan a los profesionales que no pueden ser obligados "a realizar actos que no deseen, si creen que éstos atentan contra su dignidad, libertad, honor y religión, que son prerrogativas protegidas y amparadas por la Constitución".

Como excepción apuntan el aborto terapéutico porque, en caso de urgencia vital, "el médico estaría obligado a actuar, bajo pena de incurrir en delito de omisión".

Píldora postcoital: "Prescribirla es un deber legal, pero se puede objetar"

Dejando de lado la actual controversia acerca de si la píldora postcoital (también llamada píldora del día después) es abortiva o no, los expertos en bioética informan que tanto el colectivo médico como el farmacéutico no se pueden negar a cumplir con una obligación legal -prescribirla y dispensarla-, pero "pueden ejercer el derecho a la objeción de conciencia".

En el caso de los médicos, recuerdan que tendrán que "asegurarse de que otro facultativo facilite el acceso al tratamiento en condiciones" y velar por las menores, especialmente por las no maduras, que demanden este compuesto.

FIV y células madre: "La objeción puede ser parcial, según las técnicas"

Las técnicas de reproducción asistida y la posibilidad de utilizar células madre embrionarias -procedentes de embriones sobrantes de los procesos de fertilización- para la investigación de tratamientos para ciertas enfermedades son motivo de conflicto entre los profesionales que, según los expertos del COMB y el Hospital de San Pablo, "pueden estar de acuerdo en algunas técnicas y no en otras". Sería el caso del médico que admite hacer una inseminación artificial o una fecundación in vitro (FIV) pero que rechaza tajantemente practicar una reducción embrionaria.

Esterilización: "Continúa siendo motivo de conflicto personal"

La vasectomía masculina y, muy especialmente la esterilización tubárica femenina, provocan infertilidad permanente. En los hombres hay alguna posibilidad de reversibilidad, pero en el caso de las mujeres se recomienda aplicar esta técnica a partir de los treinta años de edad y cuando se tienen dos o más hijos o 35 años y un hijo o más. "Estas técnicas fueron las primeras que representaron para algunos un conflicto personal por razones de conciencia, y continúan siendo también motivo de objeción", según los autores del informe sobre esta cuestión.

5.- Se detiene el ensayo clínico que comparaba una terapia continua frente a una interrumpida contra el VIH

Jano On-line 19/01/2006

El NIAID estadounidense ha comprobado en resultados a corto plazo que los pacientes que interrumpen la terapia antirretroviral duplican su riesgo de muerte y complicaciones

Las autoridades estadounidenses han detenido el ensayo clínico que comparaba una terapia continua contra el sida frente a una terapia intermitente, al comprobar en resultados preliminares que la segunda da lugar a un mayor riesgo de enfermedad y muerte.

Según el Instituto Nacional de Alergia y Enfermedades Infecciosas (NIAID), el ensayo demostró al poco tiempo que los pacientes evolucionan mejor si siguen una terapia continuada, a pesar que algunos ensayos con pocos pacientes habían sugerido que los infectados por el VIH podían interrumpir a veces el tratamiento de forma segura con la monitorización médica adecuada.

No obstante, el ensayo internacional más amplio iniciado hasta la fecha ha mostrado que los pacientes que interrumpen el tratamiento tienen el doble de probabilidades de morir o de progresar a sida respecto a aquellos que reciben terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA). También se ha observado en estos pacientes presentan mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares, renales y hepáticas.

La estrategia de la terapia interrumpida tenía como objetivo reducir los efectos adversos asociados a la medicación, esperando que interrumpir durante algún tiempo el tratamiento se solucionaran. Sin embargo, los riesgos asociados a la interrupción han sido más importantes y el algo que se ha comprobado a corto plazo.

En el momento de suspenderse el ensayo clínico, participaban 33 países con más de 5.000 pacientes.

6.- Un estudio británico cifra en 3.000 las muertes por eutanasia en 2005

DM 19/01/2006 Londres

Los médicos de Reino Unido fueron responsables a través de la eutanasia de la muerte de casi 3.000 personas el año pasado, según ha revelado uno de los primeros estudios sobre las decisiones que toman los médicos ante enfermos terminales que recogió ayer The Guardian. Más de 170.000 pacientes, casi un tercio de todas las muertes, recibieron un tratamiento que podría haber acelerado su muerte.

Según la presidenta de la Sociedad de Eutanasia Voluntaria, Deborah Annetts, "esta investigación prueba que algunos facultativos van en contra del derecho y ayudan deliberadamente a los pacientes a morir".

Además, afirma que "algunos de esos médicos están actuando compasivamente con los deseos de sus pacientes, pero algunos lo hacen claramente sin su consentimiento. Esto no se puede admitir".

Sin embargo, Clive Seale, de la Escuela de Ciencias Sociales y Jurídicas de la Universidad de Brunel, que ha dirigido el estudio con el patrocinio de la Fundación Nuffield, afirma que la proporción de demandados involucrados en la eutanasia es pequeña.

Según el profesor Seale, cuya investigación va a ser publicada en la revista Palliative Medicine "los médicos en el Reino Unido están tomando decisiones importantes para aliviar el sufrimiento, que no han de ser necesariamente ilegales".

Solamente una pequeña proporción de las muertes, el 0,16 por ciento, fueron atribuidas a la eutanasia voluntaria, en la que los pacientes hicieron una petición expresa a su médico, lo que indica que los facultativos participaron en 936 muertes por eutanasia voluntaria el año pasado.

Consentimiento

Los médicos admiten que en algo más del 0,33 por ciento de los fallecimientos, 1.930 enfermos, se puso fin a su vida sin una petición explícita por parte del paciente, lo que algunos denominan eutanasia no voluntaria.

El estudio no ha encontrado casos de suicidio asistido entre los 870 médicos que han participado.

Eutanasia y suicidio asistido son ilegales en el Derecho británico.

7.- Una declaración poco madura

M^a Dolores Vilacoro. Directora de la Cátedra y del Doctorado de Bioética y Biojurídica de la Unesco
DM 20/01/2006

La autora considera que la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco mejora los borradores pero no ha sido promulgada con suficiente madurez. Hay errores en la traducción de conceptos claves e incorpora principios, como la solidaridad, que no son éticos.

La Conferencia General de la Unesco ha adoptado la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, que proporciona un marco de principios que sirven de guía a los Estados en la formulación de sus legislaciones (ver DM del 21-X-05). Reconoce la importancia de la libertad de la investigación científica desde el respeto y la protección de la dignidad y los derechos humanos.

Este texto mejora, con mucho, los anteriores borradores, pero si se hubiera madurado un poco más no se hubieran cometido algunos errores inaceptables en una declaración de bioética. Hay fallos en la traducción de conceptos fundamentales. Se traduce estándar por norma ética. El estándar es el grado de calidad que se reconoce a un objeto, o a un sujeto, si cumple ciertas

expectativas de excelencia. Atribuido a una persona, se deriva de la honestidad, como virtud moral, que se le reconoce a todo ser humano por el hecho de serlo (la buena fe, presunción de inocencia); el estándar no es una norma ética. Se traduce humanidad (humankind) por especie humana. La humanidad es un concepto colectivo. Los delitos contra la humanidad implican un número amplio de sujetos afectados, se protege lo cuantitativo. La especie expresa la esencia del hombre, dice cómo es. Si protegemos a la especie humana preservamos lo esencial del hombre. No es el bosque sino el árbol: al implantar un solo embrión de un único miembro de la especie humana en el útero de un animal no se comete un delito contra la humanidad, sino que se conculca el derecho de la especie a su propia identidad. Mientras exista un solo individuo existirá la especie, pero no la humanidad.

Respecto a los tiempos verbales, should se traduce por el condicional debería (no por debe). Esto provoca que algunos artículos resulten simples sugerencias. La propia versión inglesa resulta carente de fuerza, vigor y eficiencia.

El párrafo 16 establece que "la identidad de una persona comprende dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales". Señala la importancia del hábitat en el desarrollo del individuo y en la formación de la identidad; dato a tener en cuenta en la reproducción asistida con donante anónimo y madre de alquiler, antes y después del nacimiento.

En esta declaración se recogen los principios del Informe Belmont: respeto, beneficencia y justicia. En el artículo 5 se interpreta el respeto como autonomía, que se concreta en dos exigencias éticas: respeto a la autonomía del paciente para tomar decisiones biomédicas y especial protección para quienes carecen de plena autonomía para consentir.

Se echa de menos un principio fuerte de beneficencia, hacer el bien y evitar el mal, dirigido tanto al investigador como al científico si queremos promulgar una declaración de bioética. El principio de justicia queda articulado mediante las ideas de igualdad, justicia y equidad (artículo 10); la no discriminación y no estigmatización (artículo 11) ¿Qué se entiende por principios? En Descartes son proposiciones evidentes que proporcionan tal certeza que el espíritu humano no puede dudar de su verdad. El axioma, según Aristóteles, es aquello digno de ser estimado, creído y valorado como verdadero, principio de toda ciencia. En la ética se descubren los valores morales.

Principios que no son éticos

No es un verdadero principio ético la solidaridad y cooperación, (artículo 13) porque depende de qué sea aquello con lo que me solidarizo. Sólo será un valor si se trata de una causa justa; en caso contrario, es un disvalor. Lo mismo la cooperación que, incluso en el Código Penal español, está tipificada como cooperación para perpetrar un delito (artículo 145), cooperación en actividades terroristas o rebeldes (artículo 174). No puede, por tanto, fundar un principio ético. La solidaridad es, simplemente, un movimiento de adhesión de la voluntad a un valor o a un disvalor. El adagio "rechaza el delito y ama al

delincuente", a diferencia de la solidaridad indiscriminada, contiene un valor. Equivale a la beneficencia que requiere apego y afecto, lejos del frío y aséptico ejercicio de la profesión que, en el caso del médico, pervertiría el sagrado ejercicio de la medicina. Lo dicho no impide que se propicie la unión entre los seres humanos y la mutua ayuda ante la adversidad; es decir, la beneficencia, que sí que es un principio.

En una declaración sobre bioética resulta llamativo que no se mencione la moral o la moralidad como límite en el ejercicio de los derechos, a diferencia de lo que sucede en las principales declaraciones y convenios de organismos internacionales: Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU (artículo 29), Convenio Europeo de Derechos Humanos, del Consejo de Europa, (artículo 8 y 9), Declaraciones de la Asociación Médica Mundial, etcétera. Las normas mencionadas tienen como referente una moral objetiva. Así, con más motivo, debería suceder en una declaración universal de bioética. Esta declaración, que no es más que un marco de referencias, no quiere ser imperativa para que los Estados no pierdan soberanía. Pero al carecer de vigor y firmeza pierde el prestigio que proporciona la auctoritas. Cabe preguntarse: ¿para qué se promulga?.

8.- El Estatuto catalán no abrirá la puerta al aborto y la eutanasia activa

DM, 25/01/2006 Carmen Fernández. Barcelona

El pacto sobre el nuevo Estatuto de Autonomía de Cataluña que ha alcanzado Convergencia y Unión (CiU) con el presidente del Gobierno central, José Luis Rodríguez Zapatero, y el PSOE incluye modificar los artículos relativos a eutanasia y aborto que constan en el proyecto.

El pacto sobre el nuevo Estatuto de Cataluña al que ha llegado Convergencia y Unión (CiU), coalición mayoritaria en el Parlamento catalán, con el presidente del Gobierno central, José Luis Rodríguez Zapatero, y con el PSOE incluye modificar el título de Derechos y deberes en los artículos sobre eutanasia y aborto.

CiU y PP anunciaron a este diario que no apoyarían el texto porque abría la puerta al aborto libre y la eutanasia, aunque finalmente los convergentes lo suscribieron, con lo cual el proyecto salió de Cataluña con el 90 por ciento del apoyo de su Cámara legislativa.

El proyecto original establecía en el artículo 20 que "todas las personas tienen el derecho a vivir con dignidad el proceso de su muerte" y "a dejar constancia de las instrucciones sobre las intervenciones y tratamientos médicos que pueda recibir, que deben ser respetadas, (...) especialmente por el personal sanitario". En el artículo 40 se recogía que "los poderes públicos tienen que velar para que la libre decisión de la mujer sea determinante en todos los casos (...), en

particular en lo que se refiere al propio cuerpo y a su salud reproductiva y sexual".

Actualmente un grupo de trabajo del Comité Consultivo de Bioética de la Generalitat está debatiendo el borrador de un informe sobre "eutanasia y ayuda al suicidio".

Recomendaciones

Entre sus recomendaciones consta que "hay que modificar el artículo 143 del Código Penal español para extraer con claridad del ámbito penal las actuaciones de los profesionales sanitarios que tengan como objetivo ayudar a los pacientes a morir cuando se encuentren en una situación irrecuperable. Además, la norma despenalizadora tiene que regular el suicidio médicamente asistido y la eutanasia en determinados supuestos y en el sentido utilizado en este documento".

Recomienda también crear comités de control y supervisión de la eutanasia formados por dos juristas, dos médicos (uno de ellos psiquiatra) y dos expertos en asuntos de bioética, nombrados conjuntamente por los departamentos de Justicia y Salud (del gobierno de cada comunidad autónoma).

Mientras en Cataluña se debate esta cuestión, la Asamblea del Consejo de Europa rechazó el pasado abril un proyecto de resolución que pedía legalizar la eutanasia en el continente, tras analizar las experiencias belga y holandesa. En Francia aprobaron su ley sobre fin de la vida sin llegar a despenalizar la eutanasia.