

Artículos Breves. Mes de Abril 2006

Índice:

- 1.- El Comité Europeo de Ética desaconseja los bancos privados de cordón umbilical
- 2.- Células madre: a ponerse de acuerdo
- 3.- José Luis Martincano: "Debemos pasar de la medicina paternalista a la participativa"
- 4.- Bases biológicas del inicio de la vida humana. Entrevista con la doctora Anna Giuli, bióloga molecular.
- 5.- El Gobierno español aprobará la clonación terapéutica tras despejar todas sus trabas legales
- 6.- Suicidio asistido: algunas reflexiones. Damián Muñoz
- 7.- El consentimiento parental no logra una gran bajada en los abortos adolescentes
- 8.- Mercedes Martínez: "La estructura sanitaria hace difícil el secreto profesional"
- 9.- Limitar el esfuerzo terapéutico exige consenso con el paciente
- 10.- CIU cambia en el Estatuto catalán 'muerte digna' por 'derecho a morir con dignidad'
- 11.- Diego Gracia: "Hay conflicto entre la ética profesional y la institucional"
- 12.- Conflictos que genera la procreación asistida. Rafael Serrano
- 13.- La Audiencia de Barcelona ordena la hospitalización de una joven anoréxica que se niega a ser tratada
- 14.- ¿Quién creó a Dolly?
- 15.- Cataluña. Sale a información el decreto de regulación de las terapias naturales
- 16.- Adoptada una recomendación sobre el uso de material biológico de origen humano
- 17.- La Ley de Investigación Biomédica regulará la clonación terapéutica
- 18.- Éticos y letrados aconsejan cómo tratar la investigación
- 19.- Sanidad regula el uso autólogo de cualquier célula o tejido

1.- El Comité Europeo de Ética desaconseja los bancos privados de cordón umbilical

En un informe elaborado a instancias de la presidencia de la Comisión Europea, este grupo de expertos apunta numerosos reparos éticos a estos negocios
ABC, 1 marzo 2006.

MADRID. El Grupo Europeo de Éticas de las Ciencias y Nuevas Tecnologías -el comité de expertos que asesora a la Comisión Europea- desaconsejó los bancos privados de células de cordón umbilical en un informe elaborado en 2004 a instancias del ex presidente comunitario Romano Prodi. El dictamen de este grupo de doce expertos fue encomendado por Prodi en 2001 a raíz de la proliferación de empresas en la UE que publicitan la conservación de células de cordón umbilical como una especie de seguro de vida para el recién nacido en caso de enfermedad durante la niñez y la edad adulta. En España se estima que cientos de parejas han utilizado los servicios de bancos privados en países donde están autorizados.

Tras analizar todos los aspectos éticos y científicos, el informe redactado por dos miembros del comité europeo -el investigador español Pere Puigdomenech y el austriaco Gunter Virt- concluyó «que la legitimidad de los bancos comerciales de

cordón umbilical para futuros autotrasplantes debe ser cuestionada en la medida que venden un servicio sin un uso terapéutico real. Prometen más de lo que pueden ofrecer. Además, la actividad de esos bancos suscita serias críticas éticas».

Libertad de elección

Algunos miembros de ese comité consideraron que la actividad de los bancos privados debe prohibirse, pero la mayoría concluyó que sólo debe desalentarse su autorización porque la prohibición supondría «una restricción de la libertad de empresa y de la libertad de elección de las parejas o individuos». No obstante, el informe puntualiza que esos bancos deberían operar bajo estrictas condiciones, incluyendo una licencia previa de las autoridades y una estrecha supervisión de sus procedimientos. Actualmente sólo Italia tiene expresamente prohibido en la UE los bancos privados de cordón umbilical, mientras que en España todas las autorizaciones solicitadas hasta ahora han sido rechazadas. Por el contrario, hay bancos autorizados en Austria, Bélgica, Alemania, Holanda, Polonia y Reino Unido.

Este comité europeo de ética insiste en que, si se permiten, estas empresas privadas deben informar apropiadamente a los consumidores, «incluido el hecho de que la posibilidad de que las muestras de cordón umbilical sirvan para tratar la enfermedad de un hijo es prácticamente insignificante. Deben informar de que las posibilidades terapéuticas futuras son hipotéticas y de que hasta ahora no hay indicios de que la investigación actual permita que las células de cordón umbilical puedan tener aplicaciones terapéuticas en trasplantes autólogos». «Por lo tanto -dice el documento- la información debe ser explícita en el sentido de que la conservación de las células tiene poco valor a tenor de los conocimientos científicos actuales».

Estos científicos europeos matizan que las células madre de cordón umbilical no tendrían utilidad para el donante si se le diagnostica una enfermedad genética porque tendrían el mismo defecto biológico. Y en caso de leucemia existiría también el riesgo de que las células trasplantadas se convirtiesen en cancerosas. La utilización de células de cordón umbilical está indicada especialmente en pacientes que han sufrido un descenso de las células productoras de la sangre como consecuencia de terapias oncológicas (quimioterapia o radioterapia). En esos casos, el objetivo del trasplante es repoblar la médula ósea del paciente con sus propias células madre sanguíneas. Pero según el informe, esos trasplantes autólogos pueden realizarse con células madre del torrente sanguíneo periférico del paciente, tras su estimulación con un factor de crecimiento.

El informe aborda también aspectos legales. En ese apartado recuerda que el Convenio de Bioética del Consejo de Europa, suscrito en Oviedo y de carácter vinculante, recomienda que si «se establecen bancos de cordón umbilical, deben ser para donaciones voluntarias y altruistas y utilizados para trasplantes a terceros». España ratificó el Convenio de Oviedo, al que debe adecuarse la legislación nacional. Las conclusiones del informe dieron pie al contenido de la directiva que Sanidad convertirá, en breve, en Real Decreto.

En el aspecto ético, el informe subraya que los bancos públicos de tejidos se fundamentan en el principio de la donación libre para tratamientos potencialmente útiles

para otras personas. Implican un acto de solidaridad que contribuye a la cohesión social, «mientras los bancos privados comerciales sólo buscan beneficios económicos».

2.- Células madre: a ponerse de acuerdo

BBC, 1 marzo 2006.

Según los expertos las leyes internacionales que existen en la actualidad son confusas. Las divergentes políticas nacionales que existen en torno a la investigación de células madre embrionarias están entorpeciendo la colaboración internacional sobre el tema, advirtió un grupo de prestigiosos científicos y expertos en ética.

Durante una conferencia internacional de tres días en Cambridgeshire, Gran Bretaña, unos 60 investigadores de 14 países llamaron a que científicos, publicaciones especializadas y organismos de financiación en todo el mundo establezcan un estándar de ética internacional para la investigación en esta área.

Científicos, filósofos, expertos en bioética, abogados, editores de medios científicos y clínicos participaron del encuentro.

Los delegados formaron una agrupación interdisciplinaria, llamada Grupo Hinxton, que se reunirá regularmente para discutir asuntos relacionados con la ética y la legalidad del uso de las células madre.

Células madre

Las células madre son las que tienen la capacidad potencial de convertirse en cualquier tejido del cuerpo humano, y según los médicos podrían eventualmente ser usados para curar toda una serie de enfermedades como la diabetes y el Alzheimer.

A los científicos les preocupa comportarse de manera éticamente responsable, y no siempre es claro cómo hacerlo cuando uno se enfrenta a leyes que están en conflicto

Profesora Ruth Faden

Sin embargo algunos objetan el uso de células madre embrionarias, que según los expertos tienen mayor potencial que las células madre obtenidas de adultos.

"La investigación de las células madre es un área que está constantemente bajo un microscopio, en término del interés que genera por parte del público", señaló la profesora Ruth Faden, experta en bioética de la Universidad Johns Hopkins de Estados Unidos, y miembro del Grupo Hinxton.

"Al mismo tiempo a los científicos les preocupa comportarse de manera éticamente responsable, y no siempre es claro cómo hacerlo cuando uno se enfrenta a leyes que están en conflicto", explicó la experta.

3.- José Luis Martincano: "Debemos pasar de la medicina paternalista a la participativa"

Diario Médico, 01/03/2006
Juan Carlos Blanco Masavéu

No hay enfermedades sino enfermos, es la conocida máxima de la que parte José Luis Martincano, coordinador del grupo de trabajo de atención al inmigrante de Semergen, que desde hoy explica los aspectos de la relación médicopaciente en el curso on line de diario médico.

Un estudio sobre atención sanitaria al inmigrante, publicado hace una semana por Madrid Salud, organismo dependiente del Ayuntamiento de Madrid, refleja que este grupo de población padece menos enfermedades crónicas que el resto, van menos al médico y los niños inmigrantes tienen una peor percepción de su estado de salud y son menos felices.

La realidad en las consultas ha variado mucho en los últimos años y cada vez son más los pacientes inmigrantes que acuden para ser atendidos. A pesar de esta transformación del perfil del paciente, la formación sobre medicina transcultural y la atención al inmigrante no se han materializado como asignaturas de la carrera de medicina y, a excepción de algún máster, sigue sin ser formación reglada. "Una buena atención médica debe ser culturalmente sensible, culturalmente apropiada y culturalmente competente", afirma José Luis Martincano director del curso de Diariomedico.com sobre Medicina Transcultural y Atención al Inmigrante y coordinador del grupo de trabajo de atención al inmigrante de Semergen.

Uno de los problemas que surgen entre médico e inmigrante es la incomunicación, que se produce al dar por hecho que los pacientes participan de las mismas creencias, que están familiarizados con nuestras prácticas y que conocen nuestro sistema y organización social, sanitaria y de relaciones interpersonales; éste es uno de los aspectos que resalta Martincano: "Debemos pensar que estamos en la fase de recepción que implica sentimientos de decepción tanto en el inmigrante, que no ve cumplidas sus expectativas, como en la población receptora, que se enfrenta a un problema creado, en gran medida, por una inadecuada política de inmigración".

Medicina participativa

Uno de los aspectos en los que se centra el curso es en el binomio médico-paciente pero renombrado como paciente-médico. "Debemos pasar de la medicina paternalista a la medicina participativa. El médico debe dejar de ser un experto en solucionar problemas para ser un colaborador de la salud del paciente", explica Martincano. Ofrece una serie de técnicas, instrumentos y métodos para la adquisición, mejora y evaluación de actitudes, conocimientos y habilidades para la asistencia al inmigrante. "Las diferencias étnicas no deben constituirse en generadoras de desigualdades en la asistencia médica". Este curso, acreditado por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud y cuyo plazo de inscripción se cierra el 1 de junio, pretende dotar a los médicos de las herramientas básicas para proporcionar una atención de la máxima calidad a las minorías étnicas y culturales.

4.- Bases biológicas del inicio de la vida humana

Entrevista con la doctora Anna Giuli, bióloga molecular

ROMA, martes, 28 enero 2006 (ZENIT.org).- Bióloga molecular y profesora de Bioética en la Facultad de Medicina de la Universidad Católica del Sagrado Corazón (Roma), la doctora Anna Giuli ha publicado un volumen bajo el título «Inicio de la vida humana individual. Bases biológicas e implicaciones bioéticas» («Inizio della vita umana individuale. Basi biologiche e implicazioni bioetiche», Edizioni ARACNE).

Por la actualidad y el debate que el tema suscita en la sociedad –y las consecuencias que ya acarrea--, Zenit ha conversado con la especialista.

--¿Por qué se habla tanto de la «cuestión» de la vida humana prenatal?

--Dra. Giuli: La vida humana prenatal sigue siendo un tema crucial para nuestra sociedad llamada a confrontarse con los desafíos siempre nuevos de la ciencia y del progreso biotecnológico. La posibilidad de llevar a cabo precoces intervenciones terapéuticas y diagnósticos sobre el embrión y sobre el feto, la producción de embriones in vitro para la superación de la esterilidad o de riesgos genéticos, la utilización de embriones para obtener células estaminales para su empleo en el ámbito de la medicina regenerativa, la experimentación en embriones con fines de investigación o su clonación, son algunos de los más discutidos filones biomédicos, que tienen como protagonista al individuo humano en las fases precoces de su desarrollo.

¿Quién es el embrión humano? ¿Es un sujeto, un objeto, un simple amasijo de células? ¿Qué valor tiene la vida humana precoz? ¿Es lícito manipularla al menos en los primeros estadios de su desarrollo? ¿Qué grado de tutela otorgarle? Estos son los interrogantes que van al centro del actual debate sobre el inicio de la vida humana; poder proporcionar una respuesta ampliamente compartida es fundamental por las relevantes implicaciones no sólo en terreno sanitario, sino para toda la sociedad y para el futuro mismo del hombre.

Estas cuestiones no sólo interpelan al biólogo, al experto en bioética o al legislador, sino a cada uno de nosotros, simples ciudadanos, llamados a expresarnos en materias delicadas y complejas, como sucedió el año pasado con el tema de la fecundación artificial [en Italia. Ndr] o como está ocurriendo en estos meses, con la experimentación sobre la píldora abortiva RU486. El amplio debate, frecuentemente desde tonos confusos, suscitado por estos temas, ha revelado la necesidad de una información cada vez más clara y objetiva para afrontar con conocimiento y conciencia crítica los nuevos retos éticos y sociales del progreso biotecnológico.

Resulta entonces importante aclarar ante todo la naturaleza biológica del ser humano y de sus orígenes, gracias a la aportación de los numerosos estudios embriológicos, genéticos y biomoleculares que en los últimos años han permitido descubrir los mecanismos más íntimos del desarrollo inicial del individuo humano.

--¿Qué se entiende por inicio de la vida humana «individual»?

--Dra. Giuli: Algunas corrientes de pensamiento afirman que la existencia de un individuo humano «verdadero» al que poder dar «nombre y apellidos» empieza en un momento sucesivo respecto a la concepción, y que hasta ese momento aquella «vida

humana» no puede tener la dignidad, o bien el valor (y por lo tanto la tutela) de cualquier otra persona.

En biología cada individuo se identifica en el organismo cuya existencia coincide con su ciclo vital, esto es, «la extensión en el espacio y en el tiempo de la vida de una individualidad biológica». El origen de un organismo biológico coincide, por lo tanto, con el inicio de su ciclo vital: es la puesta en marcha de un ciclo vital independiente lo que define el inicio de una nueva existencia biológica individual que se desarrollará en el tiempo atravesando varias etapas hasta llegar a la madurez y después a la conclusión de su arco vital con la muerte.

Sobre la base de los datos científicos disponibles actualmente, es por lo tanto importante analizar la posibilidad de identificar el evento crítico que marca el inicio de un nuevo ciclo vital humano.

--¿Cuándo comienza la vida?

--Dra. Giuli: Un nuevo individuo biológico humano, original respecto a todos los ejemplares de su especie, inicia su ciclo vital en el momento de la penetración del espermatozoide en el ovocito. La fusión de los gametos masculino y femenino (llamada también singamia) marca el paso generacional, esto es, la transición entre los gametos – que pueden considerarse «un puente» entre las generaciones-- y el organismo humano neo-formado. La fusión de los gametos representa un evento crítico de discontinuidad porque marca la constitución de una nueva individualidad biológica, cualitativamente diferente de los gametos que la han generado.

En particular, la entrada del espermatozoide en el ovocito provoca una serie de acontecimientos, estimables desde el punto de vista bioquímico, molecular y morfológico, que inducen la activación de una nueva célula –el embrión unicelular-- y estimulan la primera cascada de señales del desarrollo embrionario; entre las muchas actividades de esta nueva célula, las más importantes son la organización y la activación del nuevo genoma, que ocurre gracias a la actividad coordinada de los elementos moleculares de origen materno y paterno (fase pronuclear).

El nuevo genoma está, por lo tanto, ya activo en el estadio pronuclear asumiendo de inmediato el control del desarrollo embrionario; ya en el estadio de una sola célula (zigoto) se empieza a establecer cómo sucederá el desarrollo sucesivo del embrión y la primera división del cigoto influye en el destino de cada una de las dos células que se formarán; una célula dará origen a la región de la masa celular interna o embrioblasto (de donde derivarán los tejidos del embrión) y la otra al trofoblasto (de donde derivarán los tejidos involucrados en la nutrición del embrión y del feto). La primera división del cigoto influye, por lo tanto, en el destino de cada célula y, en definitiva, de todos los tejidos del cuerpo. Estas evidencias aclaran que no es posible dejar espacio a la idea de que los embriones precoces sean un «cúmulo indiferenciado de células».

Algunos fenómenos, como la posibilidad de formar los gemelos monozigóticos durante las primeras fases del desarrollo embrionario, no anulan la evidencia biológica de la individualidad establecida en la fusión de los gametos, en todo caso sacan a la luz la capacidad de compensación de eventuales daños o errores en el programa de evolución

embrionaria. El embrión humano precoz es un sistema armónico en el que todas las partes potencialmente independientes funcionan juntas para formar un único organismo.

En conclusión, de los datos de la biología hasta hoy disponibles se evidencia que el cigoto o embrión unicelular se constituye como una nueva individualidad biológica ya en la fusión de los dos gametos, momento de ruptura entre la existencia de los gametos y la formación del nuevo individuo humano. Desde la formación del cigoto se asiste a un constante y gradual desarrollo del nuevo organismo humano que evolucionará en el espacio y en el tiempo siguiendo una orientación precisa bajo el control del nuevo genoma ya activo en el estadio pronuclear (fase precocísima del embrión unicelular).

--El progreso biotecnológico ha influido tanto en nuestro modo de pensar y en nuestros estilos de vida que frecuentemente se oye hablar de «tercera cultura» . ¿De qué se trata?

--Dra. Giuli: Algunos sociólogos han definido la cultura contemporánea como la «tercera cultura», en la cual tiene predominio la tecnología; entre los principios de esta nueva cultura fundamental está la idea de que no hay nada fuera del universo tangible, que el hombre es un organismo no cualitativamente diferente de cualquier otro animal – y por lo tanto reducido sólo a su realidad corpórea--.

En terreno científico se afirma que la ciencia y la tecnología son neutras: ya que la esencia de la ciencia es la objetividad, todo obstáculo al progreso científico es como una limitación a tal objetividad; como consecuencia no deben ponerse restricciones a la actividad científica y al progreso tecnológico. Se habla de «ciencia de lo posible», que considera justo y bueno todo lo que es técnicamente posible y que no acepta mensajes de orientación o de estímulo por parte de sistemas de pensamiento de orden antropológico o ético.

Si el hombre y toda la realidad biológica son fruto de una evolución ciega, no existen criterios según los cuales conformar la actuación, y toda realidad natural es sólo materia a disposición del hombre. Consecuentemente, todo lo que es posible se convierte en lícito y todo límite es un obstáculo que hay que superar. De ahí resulta un gran impulso a no contenerse por principios éticos, en otras palabras, por el sentido de responsabilidad. Una actitud que puede ser muy peligrosa.

Al crecimiento de las posibilidades de auto-manipulación del hombre, debería corresponderle un igual desarrollo de nuestra «fuerza moral» para permitirnos proteger y tutelar la libertad y dignidad propia y ajena.

--¿Por qué se dice que el embrión humano tiene dignidad propia?

--Dra. Giuli: En nuestra cultura está cambiando el sentir común respecto al ser humano, sobre todo en los momentos más emblemáticos y vulnerables de su existencia, induciendo una tendencia hacia un gradual «deshojamiento» del valor de la vida que cada vez va arraigando más en el tejido social y legislativo de la cultura occidental, históricamente cuna de los derechos humanos.

Según esta tradición cultural, como se afirma --entre otros sitios-- en el Preámbulo de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre de 1948, el ser humano es el valor del que se originan y hacia el cual se dirigen todos los derechos fundamentales;

cualquier otro criterio de orden cultural, político, geográfico o ideológico resultaría reductivo y arbitrario. La pertenencia a la especie humana es el elemento suficiente para atribuir a cada uno su dignidad.

La tradición cultural de los derechos humanos ha tenido, además, una profunda incidencia en la reflexión biomédica contribuyendo a la afirmación más vigorosa de los derechos del hombre también en medicina, a través de la elaboración de los códigos de deontología médico-profesional y del desarrollo de los derechos del enfermo para asegurarle la autonomía y evitar abusos indebidos. Es entonces oportuno no desconocer esta tradición y valorar sus lógicas consecuencias respecto al tema del inicio de la vida humana en ámbito biomédico.

El embrión humano precoz es un individuo en acto con la identidad propia de la especie humana a la que pertenece, y consecuentemente deben ser reconocidos sus derechos de sujeto humano y su vida debe ser plenamente respetada y protegida.

5.- El Gobierno español aprobará la clonación terapéutica tras despejar todas sus trabas legales

El anteproyecto de la ley de investigación en Biomedicina, a punto de remitirse al Consejo de Ministros, prohíbe expresamente crear embriones para investigar
ABC, 3 marzo 2006.

El Ministerio de Sanidad ha encontrado una fórmula técnica que permitirá autorizar la clonación terapéutica en la próxima Ley de Investigación en Biomedicina y sortear las trabas legales que impedían su aprobación. Tanto el Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina del Consejo de Europa que firmó España como el Código Penal impiden, en teoría, realizar la discutida técnica. Tanto el tratado internacional como la legislación penal española impiden la creación de embriones con fines distintos a la procreación. La clonación terapéutica, o transferencia nuclear, utiliza tecnología similar a la que permitió crear a la oveja «Dolly», aunque no persigue el nacimiento de un ser idéntico a otro, sino obtener células embrionarias que no causen rechazo inmunológico.

El anteproyecto de la ley de Investigación en Biomedicina, que se presentará en breve al Consejo de Ministros, contiene una pequeña «trampa». En una primera lectura, parece que el Ministerio de Sanidad ha decidido dar marcha atrás en su intención de autorizar esta técnica. En el apartado en el que se aborda la clonación terapéutica se prohíbe expresamente «la creación de embriones con fines de investigación». Pero es sólo una falsa impresión. Los redactores del anteproyecto han encontrado un resquicio para eliminar cualquier impedimento legal. Quedan sin despejar las dudas éticas de quienes defienden que el conjunto de células obtenido por clonación terapéutica es un embrión humano.

Cuando se apruebe la ley de investigación, España pasará a formar parte del todavía escaso grupo de países que ya ha dado este paso. Países como el Reino Unido, Bélgica, Suecia, India, China, Japón, Singapur, Corea del Sur e Israel ya han regulado la clonación terapéutica. Incluso Andalucía se ha adelantado al Gobierno nacional y ya tramita su propia normativa para autorizar la técnica.

Sólo se prohíbe la reproductiva

La nueva ley también introduce cambios en las normas que rigen la donación de óvulos. Mujeres en edad fértil podrán donar sus ovocitos para investigación y no sólo para ayudar a otras mujeres a ser madre, porque la clonación terapéutica necesita gametos femeninos para crear embriones clónicos de donde extraer las preciadas células madre.

El Gobierno ha allanado el camino para autorizar esta polémica técnica con la nueva Ley de Reproducción Asistida, una norma que sólo prohíbe la clonación reproductiva. Y éste fue uno de los puntos más criticados por el Grupo Parlamentario Popular y de CiU durante el debate de la ley en el Congreso de los Diputados. El portavoz de CiU, Jordi Xuclá incluso advirtió a la ministra de Sanidad, Elena Salgado, que no le apoyaría en la autorización de estas técnicas.

Tampoco el fraude del surcoreano Hwang Woo-suk, el científico que más había avanzado en esta línea de investigación, ha hecho desistir al Gobierno. Desde Sanidad se piensa que la regulación ahora es más oportuna que nunca porque la ley española establecerá los suficientes controles y límites para evitar cualquier irregularidad. Todos estos aspectos están bien atados en una ley muy amplia que regulará toda la investigación en biomedicina. Otros aspectos de la legislación aún deberán concretarse antes de su discusión en el Consejo de Ministros.

Proteger los datos genéticos

La nueva norma introducirá numerosos cambios. Por primera vez, permitirá que los investigadores puedan hacer carrera científica en los hospitales, regulará los establecimientos que almacenan tejidos humanos y obligará a crear comités de ética para supervisar todas las investigaciones científicas. La ley también garantizará la protección de los datos genéticos de los pacientes. Ninguna norma actual, salvo la ley de protección de datos, regula esta información tan valiosa.

6.- Suicidio asistido: algunas reflexiones

Damián Muñoz. Coordinador del Máster en Cuidados Paliativos del Hospital de La Paz DM, 06/03/2006

El autor considera que mientras que en el caso de un persona sana con tendencias suicidas se le tiende a ayudar para procurar que recupere las ganas de vivir, en los enfermos incurables la discusión gira en torno a expresiones como muerte digna o autodeterminación. Apunta que las circunstancias que rodean al terminal pueden presentarle el suicidio como única escapatoria y apela a la ayuda del enfermo hasta la muerte.

El pasado 17 de enero la Corte Suprema de Estados Unidos sentenció que el fiscal general no puede prohibir que los médicos del Estado de Oregón proporcionen sustancias para suicidarse a los pacientes que cumplan los requisitos previstos en la ley sobre suicidio asistido, que entró en vigor en ese Estado en 1997. Dicha ley permite a los médicos recetar productos letales a los pacientes mayores de edad, con una esperanza de vida inferior a seis meses y que, tras comunicar verbalmente su deseo de suicidarse, lo reiteren por escrito 15 días después. Esa sentencia me ha recordado una

noticia publicada en el 2000 en Los Angeles Times: un hombre desesperado estaba a punto de suicidarse en su vivienda y unos policías le gritaron: "si te vas a suicidar, date prisa... y hazlo; así nos podremos marchar de aquí". Momentos más tarde, aquel pobre hombre se pegó un tiro en la cabeza, con la consiguiente indignación de los que presenciaban la escena.

Evidentemente, cuando alguien decide suicidarse -tanto si está enfermo como si está sano pero desesperado- no lo hace porque quiera morir sino porque quiere dejar de sufrir. Por eso llama la atención que una sociedad pueda responder de formas tan diferentes ante el deseo del suicida, según sea su situación clínica. Lo explicaba muy bien hace unos años Mark Pickup, un enfermo canadiense de esclerosis múltiple: "si una persona sana presenta tendencias suicidas, recibe ayuda, incluso se le somete a un tratamiento psiquiátrico hasta que pase la crisis. El objetivo es procurar que esa persona recupere su autoestima para poder vivir con dignidad. Si es un enfermo incurable o un discapacitado, la discusión gira automáticamente en torno a expresiones como "muerte digna", "libertad de elegir la propia muerte" o "acto de autonomía y autodeterminación". ¿Por qué esa diferencia?" (National Post. Toronto, 6.I.1999). Un informe de la OMS del 2004, con motivo del Día Mundial de la Prevención del Suicidio, cifraba en un millón el número anual de muertes en el mundo por suicidios: más que la suma de los que mueren por homicidios y por guerras. Un serio problema de salud pública, por tanto, que reclama medios para prevenirlo y no unas medidas legislativas para facilitarlos en algunos casos.

De este contrasentido advertía Javier Mahillo, un joven profesor de filosofía que falleció por un cáncer hace pocos años: "¿Podemos recriminar a nuestros adolescentes que pongan fin a sus jóvenes vidas cuando atraviesan terribles etapas de amargura y desesperación y reivindicar, a renglón seguido, nuestro derecho a suicidarnos para evitarnos sufrimientos? Pues no me parece lógico". (Vivir con cáncer. Espasa, Madrid, 2000).

Libertad condicionada

A veces se afirma que un enfermo incurable que pide a su médico ayuda para suicidarse está tomando una decisión perfectamente libre y sin ningún tipo de condicionamientos. Pero probablemente esa libertad esté muy condicionada por la propia enfermedad: de hecho, el paciente está optando por algo que no conoce y que acabará con su propia libertad. Seguramente la petición de muerte no nos parecería racional en alguien que estuviera en una situación normal y cuya libertad no estuviera tan condicionada. Puede ser bueno recordar que la libertad tiene mucho que ver con la capacidad de independencia de lo externo. En un enfermo grave, las circunstancias que le rodean -una atención deficiente de sus necesidades, la sensación de inutilidad y de ser una carga, el miedo al dolor, al deterioro físico, a la falta de autonomía- pueden estar condicionando seriamente su libertad, y presentándole el suicidio como la única escapatoria de una situación que le resulta -o se imagina en el futuro- insostenible. Por otra parte, se ha comprobado una gran fluctuación en los deseos de los enfermos en fase terminal y una elevada prevalencia de cuadros depresivos, que muchas veces no son diagnosticados -no es sencillo hacerlo- ni tratados. También está descrito en estos pacientes el llamado síndrome de desmoralización: pérdida de sentido, distress psicológico, desánimo, desesperanza, etc.

Amar, según Pieper, es decirle a alguien: "es bueno que tú existas". Malraux parece en sintonía con esa idea cuando afirma: "la verdadera civilización consiste no sólo en reconocer que el otro existe, sino en verlo como imprescindible". Muchas veces, el enfermo que solicita la eutanasia o pide ayuda para suicidarse, está haciendo una pregunta subliminal a los que le cuidan: "¿es bueno para ti que yo exista? ¿estás contento de que yo siga viviendo? ¿hasta qué punto estás dispuesto a seguir cuidándome con alegría?". La respuesta se la daremos con nuestra actitud. Ojalá sea la que siempre animó a Cicely Saunders, pionera de los Cuidados Paliativos: "No estamos aquí para ayudarte a morir; estamos aquí para ayudarte a vivir hasta que mueras".

7.- El consentimiento parental no logra una gran bajada en los abortos adolescentes

DM, 08/03/2006 Nueva York

La promulgación de leyes que requieren la notificación o el permiso de los padres para que los menores aborten no parece haber producido un fuerte descenso en el índice de abortos adolescentes, tal y como los partidarios de este tipo de normas preveía, según un estudio realizado por The New York Times.

El estudio, que examina seis estados norteamericanos que introdujeron normas que obligan al consentimiento en la última década y que es el primero que incluye datos posteriores a 1999, encontró unas tendencias contradictorias sobre la materia. Por ejemplo, en Tennessee el índice de abortos disminuyó cuando un tribunal federal suspendió un consentimiento parental requerido. En Texas la tasa cayó después de una ley que exigía la notificación, pero no tan rápidamente como lo hizo años antes de la norma. Por su parte, en Virginia el índice de abortos apenas se movió cuando el Estado introdujo una norma de estas características en 1998.

Desde que la Corte Suprema de Estados Unidos reconoció el derecho de los Estados para restringir el aborto en 1992, la legislación que regula la participación parental ha sido la piedra angular en el esfuerzo por reducir los abortos. Estas leyes han sido el foco de diversas campañas electorales y largas batallas judiciales. Actualmente están presentes en 34 Estados y la mayoría de los norteamericanos afirma que las apoya.

Capacidad legislativa

"Es una de las pocas áreas en las que la Corte Suprema ha permitido a los Estados legislar, por lo que se ha convertido en una llave para reducir la tasa de abortos", señaló Mary Spaulding Balch, directora del área legislativa del Comité Nacional del Derecho a la Vida, quien se mostró convencida de la efectividad de las normas.

Ya los estudios sobre las leyes promulgadas y que hacían referencia al periodo comprendido entre 1995 y 2004 no encontraron ninguna evidencia acerca de que las normas supusieran un impacto significativo en el número de menores que se quedan embarazadas o, una vez en ese Estado, en el número que decide abortar. Los que apoyan las leyes consideran que promueven una mejor toma de decisiones y que reducen los abortos. Mientras, los oponentes dicen que debilita los derechos y que ponen en peligro vidas jóvenes al exponerlos a las reacciones violentas de algunos padres.

8.- Mercedes Martínez: "La estructura sanitaria hace difícil el secreto profesional"

DM, 09/03/2006

Carlos Méndez. Valladolid

La profesora de Medicina Legal de la Facultad de Valladolid, Mercedes Martínez, considera que "la estructura actual del sistema sanitario hace que sea difícil mantener el secreto profesional".

Mercedes Martínez, que ha participado en las II Jornadas de Humanización de la Medicina, organizadas por la Asociación de Intercambio de Estudiantes de Medicina de Valladolid, entiende que las habitaciones hospitalarias dobles, donde el médico pasa consulta al paciente con otro enfermo en la cama de al lado, o incluso con familiares, hace que sea difícil mantener estrictamente este secreto.

Por ello, considera que los profesionales sanitarios deben ser conscientes de la necesidad de la confidencialidad y que "los familiares, e incluso el propio hospital, también deberían formar parte del secreto". En este sentido, entiende que se ha avanzado mucho y que el personal es cada vez más consciente de ello. No obstante, aún se siguen haciendo comentarios en pasillos, evidentemente, sin intencionalidad. Deben tener más cuidado.

El secreto puede ser compartido entre varios profesionales y se debe mantener ante los propios familiares, a los que no deberían darse datos "estrictamente confidenciales". Hay que intentar no contar aquello que no aporte mucho, "pero prácticamente todo el mundo lo hace".

Martínez ha explicado cómo todo el equipo sanitario está afectado por el secreto profesional, "incluidos los estudiantes que estén en prácticas". Asimismo, ha aclarado que existen tres casos en los que el médico está exento de mantener este secreto. Así se ha referido al supuesto de posibles detecciones de delito, con partes de lesiones en las urgencias; cuando se trata de enfermedades de detección obligatoria, con el fin de prevenir un posible daño social, y por imperativo legal, cuando el médico tenga deber de testificar en algún juicio, aunque en este caso el personal sanitario debería ofrecer sólo los datos imprescindibles.

Además, ha explicado que el Código Penal establece que la revelación de secreto profesional -el médico no está específicamente recogido- puede conllevar penas de prisión, aunque depende del tipo de secreto revelado.

9.- Limitar el esfuerzo terapéutico exige consenso con el paciente

DM, 10/03/2006

José M^a Juárez Arias

La limitación de tiempo y recursos con que los médicos trabajan en sus consultas provoca situaciones que obstaculizan su asistencia. Según Javier Barbero, del Hospital La Paz, en Madrid, esta decisión debe tomarse desde la ética clínica y el respeto a los valores del paciente.

El día a día en las consultas médicas coloca al médico en situaciones que le hacen plantearse hasta dónde debe desarrollar su labor como sanitario. Hay momentos en los que el médico decide limitar sus competencias a la hora de tratar al paciente y esta decisión, según Javier Barbero Gutiérrez, psicólogo adjunto del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario La Paz, de Madrid, "debe tomarse bajo unos criterios que partan de la ética y estén consensuados con otros profesionales, respetando los valores morales del paciente y contando con su elección y la de sus familiares en el abordaje de la patología".

Barbero, que ha coordinado el taller Limitación del esfuerzo terapéutico en las Jornadas de Actualización que la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Semfyc) ha organizado en Madrid, opina que estas decisiones suponen "tomar determinaciones éticas y clínicamente muy complejas porque el médico tiene como finalidad curar a todos sus pacientes, pero su esfuerzo y los recursos de los que dispone son normalmente limitados, por lo que en ocasiones se producen situaciones de obstinación e incluso de abandono terapéutico, en las que los aspectos emocionales influyen para que el médico tire la toalla".

La tecnología influye

Según el organizador del taller, la tecnificación de la medicina es uno de los factores que ha hecho pensar que "todo es admisible en la atención de un paciente, y no es así. La toma de decisiones debe someterse a un proceso de deliberación moral del médico con el paciente y sus familiares, respetando los valores de la persona desde criterios clínicos".

10.- CIU cambia en el Estatuto catalán 'muerte digna' por 'derecho a morir con dignidad'

13/03/2006 Europa Press

Convergencia i Unió ha matizado el artículo del Título de Derechos y Deberes del Estatuto que hacía referencia a la "muerte digna". El artículo 20, que se rubricaba como el "derecho a morir con dignidad", pasará ahora a ser el "derecho a vivir con dignidad el proceso de la propia muerte".

De esta forma CiU quiere garantizar que el cambio operado en la redacción zanje cualquier duda interpretativa de ligarlo a la eutanasia.

Además, se ha reorganizado el apartado 1 de dicho artículo que pasa a reconocer primero el derecho a "vivir con dignidad el proceso de la muerte" y después el derecho a "recibir un adecuado tratamiento del dolor y cuidados paliativos integrales y a vivir con dignidad el proceso de su muerte".

Josep Sánchez Libre, diputado de CiU en el Congreso, ha manifestado que la nueva definición es "más moderna" y ha lanzado un mensaje de "tranquilidad, serenidad y

transparencia" para las entidades "inquietas" por informaciones que interpretaban que este artículo consagraba el derecho a la eutanasia o el suicidio inducido. Sánchez ha afirmado que el Estatuto "no configura la eutanasia" ni tampoco el aborto libre en el artículo 41.5. El diputado ha añadido que "la configuración de estos derechos habría sido inasumible para la mayoría de los diputados de CiU", que se manifiesta en contra de este tipo de derechos.

Diego López Garrido, secretario general del grupo parlamentario del PSOE, ha asegurado que el texto catalán "no despenaliza el aborto libre ni establece la poligamia como legal".

Josep Piqué, presidente del PP catalán, ha aclarado que "con esta enmienda nos quieren hacer creer que se solucionan los problemas de interpretación, pero no se sostiene".

11.- Diego Gracia: "Hay conflicto entre la ética profesional y la institucional" DM, 14/03/2006 Pilar Laguna. Murcia

Diego Gracia, bioético y catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, considera que el conflicto que existe entre la ética del profesional sanitario y la institucional exige como primer paso la búsqueda de la equidad y de la eficiencia. Sin embargo, también será necesario resolver otros aspectos como la renovación del pacto de los médicos con la sociedad y el desarrollo de un concepto nuevo de profesionalidad.

Gracia, que ha participado en la I Jornada de Bioética Clínica Doctor Juan Gómez Rubí, organizada por el Hospital Virgen de la Arrixaca, de Murcia, sostiene que "es una obligación moral buscar una gestión eficiente, porque lo contrario sería derrochar recursos, pero la eficiencia no basta en un sistema sanitario porque también hay que garantizar la igualdad de acceso". Por ello, es necesario promover una "gestión prudente y razonable" de este conflicto incorporando otros valores inherentes a las organizaciones sanitarias.

Las entidades colegiales y las asociaciones científicas de Europa y América, que tienen una idea muy similar sobre la profesión médica, ven sus valores intrínsecos amenazados por la disparidad creciente entre las necesidades legítimas de los pacientes, los recursos disponibles, la dependencia de las leyes del mercado para transformar los sistemas sanitarios e incluso por la tentación de los médicos de abandonar su compromiso de velar por el bienestar de los enfermos.

De un modelo a otro

Para Diego Gracia, la crisis tiene su raíz en los años sesenta, cuando comenzó a desvanecerse la idea clásica de profesión con moralidad especial distinta de la común a los oficios. "El modelo clásico se desmoronó cuando los economistas comenzaron a gestionar la sanidad al modo de los oficios, buscando la mayor eficiencia. Los médicos estaban tan desconcertados que han tardado veinte años en reaccionar ante la pérdida de prestigio, pero ya son conscientes de que no se puede volver al antiguo modelo profesional ni al que supone estar en manos de los economistas, sino que en la

definición de las instituciones sanitarias tendrán que intervenir los profesionales, los economistas y los ciudadanos".

Los facultativos tendrán que buscar un pacto de "nueva profesionalidad".

12.- Conflictos que genera la procreación asistida

Rafael Serrano Aceprensa, 15-03-2006

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) ha negado, en sentencia publicada el 7 de marzo, el derecho de una mujer a gestar los embriones concebidos "in vitro" y luego congelados, toda vez que el padre no quiere. La ley británica establece que se necesita el consentimiento de ambos progenitores para implantar los embriones.

La pareja (no casada) formada por Natallie Evans y Howard Johnston decidió recurrir a la fecundación "in vitro" en 2001, cuando ella tenía un cáncer incipiente que obligaba a que le extirparan los ovarios. Obtuvieron así seis embriones que mandaron congelar, con intención de que ella los gestara una vez terminado el tratamiento que la dejaría estéril. Pero poco después los dos se separaron, y aunque ella seguía queriendo tener un hijo, él no se lo permitió. Evans acudió, sin éxito, a la justicia británica, y finalmente al TEDH.

Evans alegó tres motivos en su recurso a los jueces de Estrasburgo: primero, el derecho de los embriones a la vida; segundo, su propio derecho al respeto de la vida privada y familiar; tercero, Evans se quejaba de trato discriminatorio en comparación con la mujer que queda embarazada de modo natural, pues en este segundo caso el embrión habría continuado su desarrollo aunque el padre ya no deseara tener el hijo.

La sentencia rechaza el recurso de Evans. Por una parte, niega que el derecho a la vida reconocido en el Convenio Europeo de Derechos Humanos (art. 2) se aplique necesariamente al embrión. Según los jueces, los Estados europeos tienen al respecto amplio margen para decidir de un modo u otro. Como no hay, dicen, consenso científico y jurídico sobre el inicio de la vida humana, prevalecen las leyes nacionales.

Una vez descartado el derecho de los embriones, la sentencia considera el litigio como un conflicto entre dos voluntades. Cada parte tiene derecho al respeto a la vida personal y familiar (art. 8 del Convenio), que incluye –dice la sentencia– "el derecho al respeto de la decisión de tener un hijo o de no tenerlo". Para asegurarlo, la ley británica sobre fecundación artificial estipula que se necesita el consentimiento expreso de los dos progenitores para cada paso del proceso, del que la implantación es el último; pero otros países (Austria, Estonia, Italia) establecen que el consentimiento dado para la fecundación es irrevocable. Vista la diversidad, así como la dificultad de hallar el justo equilibrio entre los intereses de las partes, los jueces concluyen que los Estados tienen también aquí un "amplio margen de apreciación", dentro del cual cabe la solución británica.

Esta misma razón, añade la sentencia, basta para rechazar la tercera alegación, la de discriminación injusta (art. 14 del Convenio). La diferencia de trato con las mujeres que pueden concebir de modo natural está objetivamente justificada, pues su fin es proteger la libertad de una y otra parte en el peculiar caso de la fecundación artificial.

En consecuencia, los seis embriones de Evans y Johnston serán destruidos, en conformidad con la ley británica, salvo en el improbable caso de que la recurrente logre llevar su demanda a la Gran Sala del TEDH y que allí le den la razón.

Equidad imposible

En verdad no es fácil dirimir el pleito entre Evans y Johnston. Ella quiere ser madre; iba a serlo con acuerdo de él, pero luego él se retracta y le deja sin su única oportunidad de tener un hijo. Él, por su parte, una vez terminada la relación entre ambos, se niega a que le hagan padre, contra su voluntad, de un niño al que no va a cuidar. El TEDH, al admitir que el hombre pueda revocar su consentimiento después de la fecundación, da por válida la tesis, mantenida por el Reino Unido, según la cual la responsabilidad parental no se adquiere hasta la implantación, aunque también considera aceptable que otros países definan el asunto de manera diversa.

En contra, Evans alegó que en la fecundación "in vitro", la situación de la mujer, que ha de gestar, no es comparable con la del hombre, de modo que el derecho de ella es prioritario. Los jueces reconocen que la mujer está involucrada en la reproducción en grado más intenso; pero replican que, a los efectos del art. 8, el derecho de la parte masculina no es menos digno de protección que el de la mujer. Ciertamente, la peculiaridad femenina implica, de hecho, que su decisión es revocable y que ella goza de poder de veto, pues no sería posible obligarla a gestar si no quisiera que le implantasen los embriones. Así pues, parece equitativo dar derecho de veto a ambas partes hasta la implantación, como hace la ley británica. La sentencia considera que con esa opción se logra un tratamiento equilibrado de los intereses de una y otra parte. Pero el aparente equilibrio se rompe luego, pues realmente no es verdad que la inamisible responsabilidad parental se adquiera con la implantación. Iniciado el embarazo, la mujer tiene derecho absoluto de veto, cualquiera que sea la voluntad del hombre. Como la ley permite el aborto, la decisión de ella sigue siendo revocable, aunque él ya no pueda echarse atrás. El padre en ningún caso puede evitar que la madre aborte si ella quiere, y tampoco puede obligarla a abortar si ella quiere dar a luz. Por otro lado, la ley británica –y las de otros países– no es del todo coherente al exigir el consentimiento expreso de ambas partes, pues a la vez admite que nazcan niños sin padre legal, mediante semen de donante. Entonces, no acaba de explicarse por qué Evans no podría tener un hijo sin padre legal, como tantos otros. Johnston simplemente quedaría en una situación similar a la de tantos donantes de semen que, con la bendición de la ley, son padres sin responsabilidad paterna. Pero se ve que no hay problema en crear huérfanos de encargo... con tal que el padre tenga los ojos vendados. Un observador imparcial se preguntaría si es menos irresponsable el que no quiere saber que quien rehúsa la carga conocida.

En bien del niño

La procreación asistida tiende a generar paradojas y una maraña jurídica que se presta a pleitos muy difíciles de resolver con equidad. El problema está en el inicio mismo. La fecundación artificial desvirtúa el sentido de la maternidad y la paternidad, al ponerlas en un contexto técnico y comercial donde pueden surgir problemas como en todos los contratos, operaciones mercantiles y prestación de servicios con precio.

Pero si no se quiere replantear todo, al menos se podría hacer el sistema un poco menos absurdo. Lo primero sería dar alguna relevancia jurídica al interés del embrión, aunque no se le reconociera expresamente como sujeto propio de derechos. No tiene sentido que la ley –como en Gran Bretaña– obligue, antes de admitir una solicitud de reproducción asistida, a tomar en consideración el bien del niño que nacerá y, una vez que es embrión, se prive de fuerza jurídica a su bien. En segundo lugar, se reducirían los pleitos si el acceso a la reproducción asistida se limitase a los matrimonios, como ya se hace en algunos países. También sería prudente que el consentimiento fuera irrevocable desde el primer momento. Además, si solo se permitiera crear los embriones estrictamente imprescindibles, para implantarlos de inmediato, y se prohibiera congelarlos, desaparecería el lapso en el que pueden cambiar las circunstancias o las voluntades y surgir conflictos irresolubles.

13.- La Audiencia de Barcelona ordena la hospitalización de una joven anoréxica que se niega a ser tratada

ROCÍO S. MIDE 1,70 METROS Y PESA 43 KILOS

El Mundo, 15/03/2006.

BARCELONA.- La Audiencia de Barcelona ha ordenado el ingreso involuntario en un centro hospitalario de Rocío S., una joven de 20 años que padece anorexia y que se niega a ser tratada de su enfermedad, al entender que la muchacha está afectada por "un trastorno psíquico". En el auto emitido por la Sección 18 de la Audiencia de Barcelona, se ordena el ingreso involuntario de la joven "en el centro médico que proceda" porque está afectada por un "trastorno psíquico", aunque esta decisión judicial aún no es firme porque puede ser recurrida por la afectada.

Las hermanas de Rocío S., que mide 1,70, pesa 43 kilos e intentó suicidarse el pasado mes de diciembre, solicitaron hace un año a un juzgado de Badalona que obligara a la muchacha a someterse a tratamiento, ya que ésta se negaba a hacerlo voluntariamente, pero la juez de primera instancia lo denegó pese a que había informes médicos que alertaron de "riesgo vital".

En estos informes se explicaba que, además del diagnóstico de anorexia y bulimia, la joven practicaba "sobreingestas sin control, con inducción del vómito" y presentaba "rasgos límite de personalidad".

Pese a ello, la titular del Juzgado de Primera Instancia número 2 de Badalona dictó el 14 de abril del año pasado un auto en el que desestimó la autorización del internamiento de Rocío tras solicitar un informe forense que "no apreció alteraciones o deficiencias físicas o psíquicas que impidan el gobierno de sí misma".

Tras conocer esta decisión, Ángeles S, una de las hermanas, aseguró que "el forense ni se molestó en pesar a mi hermana, ella le dijo que pesaba 48 kilos y que no le pasaba nada y él se lo creyó".

"Mi hermana está cada vez peor, necesita ayuda y nadie se la da", explicaba entonces Ángeles, que advirtió de que Rocío, que perdió su empleo y su pareja por culpa de su enfermedad, estaba "variando a un carácter cada vez más agresivo".

Por ello, la abogada de la familia, Olga Rubio, calificó de "incomprensible" la decisión primera de la juez, "que impidió que la chica pudiera ser ayudada médicamente". Mientras tanto, el pasado 11 de diciembre, Rocío S., tuvo que ser asistida en el hospital de Can Ruti de Badalona tras ingerir un vaso de lejía e intentar suicidarse cortándose las venas.

La abogada pidió que "la anorexia y la bulimia sean tratadas no sólo como trastornos físicos, sino también como trastornos mentales, que generan problemas de comportamiento y familiares y que invalidan la voluntad de los que la padecen, que, aunque controlen su cuerpo, no son conscientes de lo que están haciendo con él". "Un error de apreciación"

La Audiencia, que considera que el juzgado de Badalona, pudo cometer "un error de apreciación", ha estimado la apelación presentada por la abogada de la familia, en la que argumentaba que "el anoréxico es una persona enferma, puesto que no puede decidir por sí mismo, y su conducta de desafío encierra su sufrimiento psíquico".

La resolución de la Audiencia no implica el inmediato internamiento de Rocío S. ya que la chica tiene un plazo de cinco días hábiles para recurrir la decisión judicial.

Una vez el auto sea firme, el caso se trasladará al Juzgado de Instrucción número 2 de Badalona, que fue el que denegó su ingreso involuntario y al que ahora corresponde ejecutar la resolución de la Audiencia y designar el centro médico en el que la joven será internada.

El nuevo informe forense aconseja el "tutelaje" de Rocío, que sufre un "trastorno de personalidad" severo, sin que se tenga por enferma

En su auto, el tribunal considera que el juzgado de primera instancia pudo incurrir en un error de apreciación dado que sólo valoró el informe médico forense que negaba que la joven sufriera una alteración psíquica, sin tener en cuenta los elaborados por el Hospital de Bellvitge de L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) y por el de Sant Pau de Barcelona.

En sus correspondientes informes, el Hospital de Sant Pau diagnosticó una anorexia nerviosa a Rocío S., mientras que el Hospital de Bellvitge recomendó "agilizar el proceso involuntario vía judicial" para adelantar en lo posible el tratamiento. El tribunal ha acordado el internamiento de la chica a la luz de esos dictámenes y de un nuevo informe forense, elaborado por un especialista psiquiatra por encargo de la Audiencia de Barcelona, que aconseja su "tutelaje" para ser sometida a tratamiento psiquiátrico y determina que Rocío S. sufre un "trastorno de personalidad con cierta severidad", sin que se tenga por enferma.

La Audiencia mantiene en su auto que Rocío S. sufre una enfermedad psíquica real de la que ella no es consciente, lo que impide su tratamiento, por lo que ha ordenado su internamiento no voluntario "en su interés y beneficio".

El auto añade que, si bien la chica no puede por ahora comprender que su internamiento redundará en beneficio suyo, "tras el necesario tratamiento y rehabilitación, en su mejora,

podrá entender, apreciar y valorar la correcta lucha de su familia para su curación y bienestar".

El caso de Rocío S. ha despertado un debate social en toda España sobre la consideración de enfermedad psíquica de la anorexia y sobre si los jóvenes que la padecen son o no conscientes de la necesidad de ser tratados por el riesgo vital que comporta esta patología.

14.- ¿Quién creó a Dolly? El famoso autor de la primera clonación de un mamífero reconoce que otros hicieron la mayor parte del trabajo

MALEN RUIZ DE ELVIRA - Madrid EL PAÍS, 17-03-2006

Un abogado preguntó la pasada semana al científico británico Ian Wilmut, mundialmente famoso por la creación de Dolly, el primer mamífero clonado: "¿Se puede decir que la afirmación 'Yo no creé a Dolly' responde a la verdad?". Wilmut, sorprendentemente, dijo: "Sí". A partir de ahí, la historia saltó a los medios de comunicación del Reino Unido, que la han ampliado con numerosos detalles. No se trata, sin embargo, de un asunto ni siquiera parecido al fraude recientemente descubierto de otro veterinario, el coreano Hwang Woo-suk, sino de un reflejo del competitivo mundo de la investigación científica de alto nivel.

La afirmación de Wilmut se produjo en el curso de un juicio en Edimburgo, sin relación con Dolly, en el que el científico está acusado por otro investigador de maltratarle profesionalmente cuando lo tuvo a sus órdenes. En declaraciones posteriores ante el tribunal, Wilmut admitió que al menos el 66% del mérito de crear a Dolly corresponde a Keith Campbell, biólogo celular contratado por él en el Instituto Roslin, pero arguyó que él enseñó al equipo las técnicas de transferencia nuclear y coordinó el trabajo. Campbell figuró en último lugar entre los firmantes del artículo que presentó a Dolly en la revista Nature en 1997. Según el diario The Guardian, Campbell, que también ha tenido su parte de fama, abandonó el equipo en 1997 debido precisamente al excesivo protagonismo de Wilmut, que fue el primer firmante de aquel artículo. Ahora no ha querido hacer declaraciones sobre este asunto.

Pero todavía hay más protagonistas, que están contando su historia. Es el caso de Angelika Schieke, la segunda firmante del artículo, que era estudiante de doctorado en aquella época. Según ella, en declaraciones The Scientist, Wilmut obtuvo el protagonismo porque lo pidió y los demás coautores se lo concedieron durante una reunión, a pesar de que no reflejaba su contribución. Dos de los técnicos que hicieron el duro trabajo de manipulación de centenares de óvulos y células, cuyo único fruto fue Dolly, se han quejado igualmente de que su trabajo no ha sido suficientemente reconocido.

Wilmut ha obtenido recientemente el segundo permiso del Gobierno británico para clonar embriones humanos para derivar de ellos células madre, como director del nuevo Centro de Medicina Regenerativa de la Universidad de Edimburgo. El primer permiso lo obtuvo la Universidad de Newcastle, donde trabajaba el científico serbio Miodrag Stojkovic, que se ha trasladado este año al Centro de Investigación Príncipe Felipe de Valencia. Según la prensa británica, los casos de Campbell y Stojkovic son parecidos, ya que éste último dejó Newcastle enfadado con su jefa, Alison Murdoch, por haber

presentado precipitadamente en rueda de prensa en mayo de 2005 y haberse apropiado de gran parte del mérito del primer embrión humano clonado en Europa.

En *The Scientist*, Stojkovic ha criticado a Wilmut por figurar como primer autor, aunque ha reconocido que es una práctica habitual en los artículos científicos. El diario *The Scotsman* ha llegado incluso a sugerir que a Wilmut se le podría quitar el prestigioso premio alemán Paul Erlich, que le fue concedido el año pasado. Esta posibilidad ha sido desmentida por un portavoz de la fundación que otorga el galardón. Sin embargo, otros científicos se han puesto del lado de Wilmut y creen que no exageró su contribución, porque los jefes de equipo normalmente no hacen el trabajo en sí, sino que lo definen y dirigen, pero sin ellos no se lograrían los resultados buscados. Dolly nació en julio de 1996 y fue sacrificada en febrero de 2003 debido a su mal estado de salud. Desde entonces, con la misma técnica, se han clonado numerosos mamíferos, el último de los cuales es el perro Snuppy, creado precisamente por Hwang.

15.- Cataluña. Sale a información el decreto de regulación de las terapias naturales DM, 20/03/2006 Carmen Fernández. Barcelona

El Departamento de Salud de la Generalitat ha sacado a información pública el proyecto de decreto por el cual se regularán las condiciones para el ejercicio de la acupuntura y terapias orientales afines, criterio naturista, terapia y técnicas manuales y criterio homeopático en la comunidad autónoma, tras presentarlo el sábado a los profesionales sanitarios interesados.

El proyecto establece que los centros donde se practican estas terapias necesitarán una autorización del Departamento de Salud, que se renovará cada cinco años, y cumplir con varios requisitos higiénico-sanitarios, estructurales y de equipamiento y que los profesionales que las ejercen actualmente, sanitarios y no sanitarios, tendrán que acreditarse oficialmente.

En el primer caso, podrán solicitar la acreditación tras haber cursado un programa o varios en un centro universitario o de formación específica, igualmente autorizado por el Departamento Salud, y haber superado las pruebas de evaluación del Instituto de Estudios de la Salud (IES) de la Generalitat.

Los no sanitarios tendrán, además, que acreditar que aceptan la Declaración colectiva de principios de la práctica de terapias naturales, aprobada por el Departamento de Salud. La acreditación profesional tendrá una vigencia de diez años tras los cuales habrá que superar una prueba de evaluación para la reacreditación.

Los requisitos anteriores facilitan que continúen ejerciendo quienes se dedican actualmente, pero para los que quieran iniciar la formación se ha previsto que dispongan de una titulación que les permita el acceso a los ciclos formativos de grado superior de formación profesional o haber superado la prueba de acceso anual, de acuerdo con planes en materia de educación.

Centros de formación

El decreto regula las características que deberán cumplir los centros de formación en terapias naturales y establece que la autorización de la actividad dependerá también del IES. En cuanto al personal formador, tendrá que disponer de acreditación como práctico y demostrar una actividad asistencial mínima de tres años.

Los contenidos formativos en ciencias de la salud de los prácticos en medicinas naturales serán impartidos por licenciados o diplomados sanitarios.

16.- Adoptada una recomendación sobre el uso de material biológico de origen humano

21/03/2006

Efe Paris

El Consejo de Europa ha adoptado por unanimidad una recomendación sobre el uso de material biológico de origen humano en el terreno de la investigación. El texto, que no tiene carácter vinculante, establece reglas de gestión de las muestras de material biológico conservadas en los hospitales o de aquéllas constituidas para la creación de bancos de ese tipo de elementos, según el Consejo de Europa.

La organización paneuropea, cuyos objetivos son la defensa de los Derechos Humanos y del Estado de Derecho, no ha abordado la cuestión de las células madre embrionarias ni la de otras células fetales, que serán objeto de un texto posterior. De haberse incluido, se hubiera tardado varios años en tener una recomendación como la actual, y además hubiera sido difícil lograr el consenso de los Estados que se ha conseguido ahora. La recomendación ofrece líneas directrices en términos de información y de consentimiento de las personas de las que se obtienen muestras biológicas como pueden ser los análisis de sangre. También precisa los requerimientos de un examen previo e independiente sobre los proyectos de investigación que se hacen sobre dichas muestras, las medidas de seguridad del material biológico o las reglas de confidencialidad respecto de las informaciones personales que lo acompañan.

Biobancos

El texto fija las condiciones en las que se puede transferir el material de un país a otro. Además, establece que los biobancos o bancos de muestras biológicas deben estar abiertos a los investigadores, en la medida en que ese acceso debe garantizarse en condiciones equitativas para evitar algunas tentaciones observadas en países de Europa del Este. No obstante, no entra en si dichos bancos tienen que tener imperativamente titularidad pública.

17.- La Ley de Investigación Biomédica regulará la clonación terapéutica El texto prohíbe expresamente la creación de embriones destinados a la investigación

ELMUNDO.ES | AGENCIAS

La ministra de Sanidad, Elena Salgado, ha presentado al Consejo de Ministros un informe sobre el anteproyecto de Ley de Investigación Biomédica, que en un futuro podría permitir la clonación terapéutica o transferencia nuclear en España. Los ministros han dado el visto bueno al informe, "una ley que estamos esbozando", según ha dicho la vicepresidenta del Gobierno, María Teresa Fernández de la Vega.

Según la vicepresidenta, esta ley pretende "dar garantía jurídica y legal para los avances de la ciencia que tan prometedores resultados" están consiguiendo. Entre otras cosas, la normativa regularía la investigación con células embrionarias, los análisis genéticos y los bancos de material biológico, así como los estudios que implican algún procedimiento invasivo del paciente. También prevé la creación del Comité de Bioética de España y la promoción de la investigación biomédica.

Este informe no es el anteproyecto definitivo, de modo que todavía tendrá que volver a pasar por el Consejo de Ministros antes de ser discutido en el Parlamento.

La mayor novedad es la autorización y regulación, por primera vez en España, de la transferencia nuclear con fines terapéuticos y de investigación. El texto permite la utilización de cualquier técnica de obtención de células troncales humanas siempre y cuando ésta no suponga la creación para tal fin de un embrión, con lo que queda prohibida expresamente la creación de embriones destinados a la investigación. En Europa, sólo el Reino Unido, Bélgica y Suecia permiten la clonación con fines terapéuticos y fuera de este continente se suman a esta lista: Japón, Australia, Singapur, Israel y Corea. Con el anteproyecto de ley Salgado pretende situar a España entre esta lista y convertirlo en uno de los países más avanzados en este ámbito.

"La autorización de la transferencia nuclear es un avance extraordinario para facilitar la investigación en medicina regenerativa", ha declarado Carlos Martínez, presidente del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Según este experto, "el informe sobre el anteproyecto de ley representa un paso absolutamente importante para colocar a España a la altura de los países europeos que están en la vanguardia de estas investigaciones".

En la misma línea se ha expresado el director del Instituto Valenciano de Infertilidad (IVI), Antonio Pellicer, que considera la inclusión de la clonación terapéutica "un avance muy importante para evitar el rechazo inmunológico a cualquier tipo de injerto o trasplante". Pellicer ha acogido con entusiasmo la noticia, pero recuerda "que queda mucho camino por recorrer".

Principios esenciales

El anteproyecto de ley se articula sobre el respeto a una serie de principios esenciales, como la protección de la salud, de la dignidad e identidad del ser humano, el consentimiento y el derecho a la información, la protección de datos personales y el deber de confidencialidad, la no discriminación, la gratuidad, la libertad de la investigación y producción científica y la coordinación de iniciativas y esfuerzos entre el sector público y privado.

Como ha precisado la titular de Sanidad, el texto intentará garantizar los "máximos controles éticos y jurídicos" sobre estas investigaciones.

Para permitir el uso de la transferencia nuclear en cada caso concreto que planteen los científicos, el anteproyecto contempla la creación de un Comité de Garantías, que sería el encargado de dar o no la autorización correspondiente y que marcaría las pautas sobre la apertura o cierre de bancos de material biológico.

El Banco Nacional de Líneas Celulares, cuya sede central se encuentra en Granada, será el encargado de almacenar las líneas de células troncales obtenidas y de facilitarlas gratuitamente a los científicos, una vez que tengan el informe favorable hacia su proyecto de investigación.

Impulso a una técnica controvertida

La clonación terapéutica consiste en transferir un núcleo de una célula adulta a un óvulo al que se le ha extraído su núcleo. El objetivo es reprogramar su crecimiento celular y tratar de orientarlo hacia la creación de órganos o tejidos que luego puedan ser trasplantados al donante para combatir alguna patología.

La Ley de Reproducción Asistida no contempla este tipo de clonación al no tratarse de una técnica de reproducción humana asistida, sino de investigación. Por eso, en principio será regulada en la futura Ley de Investigación en Biomedicina.

Ya el verano pasado el ministerio de Sanidad, el Consejo Superior de Investigaciones Científicas y el Instituto Salk (California, EEUU) lanzaron un convenio para promover la investigación con células madre troncales mediante la formación de investigadores españoles en esta área de la Biomedicina.

18.- Éticos y letrados aconsejan cómo tratar la investigación

30/03/2006

Europa Press. Bilbao

Científicos y especialistas en ética y abogados de 14 países -entre ellos China, Canadá, Estados Unidos y España- han elaborado una serie de recomendaciones para la conducta ética en la colaboración internacional ante la diversidad de las políticas nacionales sobre la investigación con células madre embrionarias. A su juicio, "es vital que se analicen las restricciones y miedos que están impidiendo el progreso de la ciencia".

Según han informado fuentes de la Universidad del País Vasco, las recomendaciones son el resultado de un congreso de tres días celebrado en el Centro de Conferencias Wellcome Trust Hinxton en Cambridgeshire (Reino Unido), durante el cual se ha puesto en marcha el Grupo Hinxton, un consorcio multidisciplinar sobre ética y derecho del uso de las células madre. Su misión es promover la colaboración internacional y el diálogo sobre la ética de nuevos y emergentes retos en la ciencia de células madre. Se trata de la primera vez que investigadores y especialistas en ética y derecho identifican

conjuntamente líneas concretas sobre cómo la ciencia y la sociedad deberían responder ante las contradicciones en las leyes nacionales y los valores que rigen esta cuestión. En opinión de los especialistas, "a menudo es difícil saber cuáles son los deberes éticos y legales para los científicos involucrados en colaboraciones de carácter internacional. Es más, los nuevos retos éticos que presenta la ciencia de células madre deben ser debatidos a nivel internacional si se quiere que este campo progrese de una manera que sea moralmente responsable".

19.- Sanidad regula el uso autólogo de cualquier célula o tejido

DM, 30/03/2006

T. del Pozo/S. Churruca

Se esperaba un decreto que pusiera orden en el controvertido asunto de los bancos privados de cordones umbilicales, pero el Ministerio de Sanidad ha aprovechado el texto para regular la obtención, conservación y donación de cualquier tipo de célula o tejido con el fin del uso autólogo.

El decreto que regulará los bancos de cordones umbilicales no será tal. El Ministerio de Sanidad ha decidido redactar una norma más amplia y ambiciosa, referida a la obtención, conservación y donación de cualquier tipo de célula o tejido para un eventual uso autólogo. Se ha hecho así en previsión de futuros avances y aplicaciones de otro tipo de material biológico. El texto sí recogerá una mención especial a la donación de células reproductivas a través de sus anexos.

Según ha podido saber Diario Médico, el decreto contará con nueve anexos en los que se especificarán los requisitos técnicos para la acreditación de centros que puedan obtener este material biológico, el sistema de evaluación para comprobar su utilidad, así como los requisitos y procedimientos de codificación y conservación.

De esta forma se hará la trasposición de la normativa europea al respecto y se cubrirá el actual vacío legal existente en España. Los criterios que se han adoptado son los que ya se aplican en los bancos públicos. Así se homogeneiza esta actividad, con lo que el cliente de la iniciativa privada tendrá las mismas garantías de calidad que el usuario de un banco público. Además, al contar con el mismo sistema de codificación se favorece la posibilidad de que una persona que haya conservado material para uso autólogo pueda donarlo para uso público, ya que todas las células o tejidos, sin importar su procedencia y destino final, figurarán en un registro estatal común y con códigos homogéneos.

Cambio de opinión

El Ministerio de Sanidad, en principio y siguiendo la línea europea, se había manifestado contrario a los bancos privados de cordón umbilical. Así lo habían manifestado tanto la ministra, Elena Salgado, como el coordinador nacional de trasplantes, Rafael Matesanz. Sin embargo, el Ministerio cambió su postura ante la realidad de que el vacío legal estaba favoreciendo la aparición de empresas que se movían en el terreno ya no de lo ilegal, sino de lo alegal, y que ofrecían a sus clientes la

posibilidad de conservar los cordones umbilicales. Al no existir bancos privados en España, estas empresas almacenan el material obtenido en los dos países europeos que sí lo han permitido ya. Además, varias administraciones autonómicas habían expresado su interés en regular esta actividad y la presión social creció ante la noticia de que los Príncipes de Asturias habían decidido conservar el cordón umbilical de su hija Leonor. Como resultado de todo ello, llegó el anuncio de Elena Salgado de que su Ministerio estaba dispuesto a modificar su postura y regular la actividad.

Coincidiendo con el Foro Internacional en Donación y Trasplante de Órganos, que se celebra hoy y mañana en Madrid, se espera que Salgado dé a conocer en qué punto se encuentra el texto del decreto, que en estos meses ha conocido numerosas redacciones y que marcará el desarrollo posterior de la regulación autonómica de esta actividad. Finalmente, se ha diseñado una norma más amplia en su alcance y muy concreta en cuanto a requisitos técnicos, lo que hará que el negocio de los bancos privados cuente con mayores garantías de calidad, pero también que el servicio se encarezca.

Madrid tendrá que revisar su norma

El decreto del Ministerio de Sanidad, que traspone una norma europea, obliga a las administraciones autonómicas. Hasta el momento sólo una comunidad, la de Madrid, había tomado la iniciativa y había redactado su propio decreto. De hecho esta autonomía ha sido la que con más fuerza ha venido reclamando que se cubriera el vacío legal existente, ya que sus dirigentes sí se han mostrado a favor de incorporar la iniciativa privada en este campo. Sin embargo, su texto se limita a regular la actividad de los bancos de cordón umbilical.

Además, el documento madrileño no ha entrado en las especificaciones técnicas sobre requisitos de acreditación de centros en los que se puedan obtener, procedimientos de conservación, codificación y registro que ha incluido el borrador del Ministerio. Esto va a suponer que la norma de la Comunidad de Madrid tendrá que sufrir modificaciones para adaptarse a la estatal o bien tendrá que contemplar un desarrollo posterior reglamentario que incorpore las condiciones que marca el Ministerio.