

Artículos Breves. Mes de Noviembre 2006

Índice:

- 1.- Forzar los límites de la naturaleza humana. Los deseos del cliente
Ignacio Aréchaga
- 2.- Opinión: Evaluar la atención al paciente en los hospitales españoles. Miguel Ángel Delgado
- 3.- Los paliativos deben tener un abordaje integral e integrado
- 4.- Roche ayuda a tres compañías africanas a crear genéricos contra el Sida
- 5.- La criba y la lotería genética. Juan Domínguez
- 6.- El 90 por ciento de usuarios confía en las urgencias hospitalarias
- 7.- Aborto en alza a pesar de la "píldora del día siguiente"
En Gran Bretaña y Francia sigue aumentando el aborto entre menores
- 8.- Opinión: Dependencia y cuidados paliativos. J.L. Alcántara Rojas
- 9.- Ollero: «Andalucía aborda con frivolidad el tema del uso de células embrionarias»
- 10.- Un artículo del 'BMJ' defiende las donaciones remuneradas
- 11.- Duras críticas a la farmacéutica Lilly por la promoción de uno de sus productos
- 12.- Nuevas críticas a la mínima presencia femenina en los ensayos clínicos
- 13.- Andrés Ollero: "Despenalizar la eutanasia afectaría a la confianza entre médico y paciente"
- 14.- Un programa en la Red resolverá dudas sobre bioética
- 15.- La humanización de la medicina también depende del paciente

1.- Forzar los límites de la naturaleza humana. Los deseos del cliente

Ignacio Aréchaga

Acepresa, 04-10-2006

La procreación asistida, que empezó como el remedio para que una pareja superara un problema de infertilidad, ha ido acogiendo deseos que ya no tratan de imitar la naturaleza sino de forzar sus límites.

Basta pensar en esas madres postmenopáusicas que gracias a la FIVET satisfacen su deseo de tener hijos a una edad más propia de ser abuelas. El récord conocido lo tiene Adriana Illescu, una profesora rumana jubilada, soltera, que en enero de 2005 dio a luz a la edad de 67 años, con óvulos y semen donados y tras nueve años de tratamientos de fertilidad. Todo un "ensañamiento procreativo".

En España la ley no marca ningún límite de edad, lo que ha permitido que una española con los 60 cumplidos alumbrara a un niño tras someterse a un

tratamiento de fertilidad. La mayoría de las clínicas de reproducción asistida dicen que no suelen aceptar a mujeres de más de 50 años, por los riesgos de la maternidad tardía para la madre y el feto. Pero los datos de 2002 indican que hay un centenar de nacimientos de madres de más de 48 años y 35 de más de 50.

El aumento de la esperanza de vida de la mujer hasta más de 80 años es uno de los motivos aducidos por las clínicas para aceptar a mujeres mayores. Si una mujer es madre a los 50, aún le quedan treinta años para ocuparse de su hijo, dicen. Pero lo que la fecundación "in vitro" no puede recuperar es la energía vital de una madre antes de la menopausia, lo cual influirá en el modo de criar a su hijo; ni tampoco conviene perder de vista que cuando su hijo esté en edad de casarse, tendrá que afrontar el problema añadido de cuidar a su madre octogenaria, que además suele ser una mujer sola.

Padres gays, madres de alquiler

Puestos a forzar los límites de la naturaleza, algunos gays están realizando sus deseos de paternidad, recurriendo a una donante de óvulos y a una madre de alquiler. En Estados Unidos, donde pocos estados han regulado la maternidad de alquiler, no hay más límite que los 100.000 dólares que puede costar el proceso. Diane S. Hinston, fundadora de Creative Family Connections, una firma jurídica dedicada a poner en contacto a los que quieren ser padres y a las madres de alquiler, no ve ningún reparo: "Creo en las familias no tradicionales. Pienso que las familias tienen todas las formas y tamaños" ("The Washington Post", 18-01-2005).

En España la maternidad de alquiler es ilegal, conforme a la ley de reproducción asistida recién aprobada, pero algo empieza a moverse. Un editorial de "El País" (3-08-2006) iba en esta línea de blanquear lo que hasta hace poco sonaba extraño. "La expresión "madres de alquiler" se empleaba hasta hace poco con ánimo denigratorio. Ahora el fenómeno se anuncia por Internet y ha perdido su condición aberrante, aunque siga siendo ilegal en la mayoría de los países". Da la impresión de que si algo se anuncia por Internet cobra visos de normalidad.

Para terminar señala que hay países con legislación más permisiva, lo que "está provocando un tráfico creciente y complicado. La experiencia indica que cuando esto ocurre la realidad obliga a flexibilizar la norma para adaptarla a situaciones como las derivadas de los nuevos modelos de familia, como los homoparentales". Si antes se trataba de defender el derecho de los gays a adoptar, ahora parece oportuno favorecer que puedan crearse una familia a golpe de talonario.

Cambio de sexo

Si hay alguien empeñado en forzar la mano a la naturaleza es el transexual, que no se reconoce en su sexo biológico. En España, una vez admitido el "matrimonio" entre personas del mismo sexo, son los transexuales los que han pasado a un primer plano como minoría marginada que reclama su normalización.

Es llamativa la desproporcionada presencia mediática de este colectivo en los últimos tiempos. La Sociedad Española de Endocrinología estima que en el país entre 2.000 y 3.000 personas sufren trastornos de identidad de género. Sin embargo, según las informaciones de prensa, hay no menos de siete asociaciones de transexuales, y en el PSOE existe incluso un Área Transexual, a cargo de una activista transexual, por supuesto.

Para dar satisfacción a sus reivindicaciones, el gobierno de Rodríguez Zapatero ha aprobado el anteproyecto de ley que regulará el cambio de sexo y de nombre de estas personas en el Registro Civil. Según fuentes del PSOE, se trata de la ley "más avanzada del mundo", que es lo que suele decirse cuando se trata de algo que no hace nadie. La exposición de motivos explica que la finalidad de la ley es "garantizar el libre desarrollo de la personalidad y la dignidad de las personas cuya identidad de género no se corresponde con el sexo con el que inicialmente fueron inscritas". Dicho así, parece como si todo el problema fuera un error del funcionario en el momento de la inscripción, cuando lo que ocurre es que el género con el que ellos/ellas se identifican no está de acuerdo con su sexo biológico. Y lo decisivo también aquí no es la biología sino lo que el interesado "siente".

Para acordar la rectificación de sexo y nombre en el Registro, se exige que al solicitante se le haya diagnosticado un trastorno (disforia) de género y que haya sido tratado médicamente durante al menos dos años para acomodar sus características físicas a las correspondientes al sexo reclamado. En cambio, no se exige que el tratamiento haya incluido cirugía de reasignación sexual (modificación de los genitales). En esto coincide con la ley de Reconocimiento de Género que aprobó el Parlamento británico en 2004.

Por otra parte, hay psiquiatras que piensan que una operación de cambio de sexo no es la respuesta a los problemas de identidad de género. El Dr. Richard Fitzgibbons, que con treinta años de experiencia clínica dirige el equipo del Institute for Marital Healing, explica el malestar de estas personas: "Su tristeza y falta de aceptación por compañeros o por un padre les lleva a pensar que podrán huir de su dolor emocional y encontrar más felicidad, aceptación y confianza siendo del otro sexo". Pero el sexo cromosómico es inmutable: "Cada célula del cuerpo de una persona contiene los cromosomas que lo identifican como varón o mujer. No es solo una cuestión de diferencia de genitales. Antes del nacimiento las hormonas prenatales modelan los cerebros de los niños de un modo diferente al de las niñas. La cirugía y los tratamientos hormonales pueden crear la apariencia de un cuerpo masculino o femenino,

pero no pueden cambiar la realidad que subyace. No es posible cambiar el sexo de una persona" (www.mercatornet.com, 14-10-2005).

Así que no cabe excluir que, tras la intervención médica, tampoco se sientan satisfechos en su nueva condición. La ley española, que no exige cirugía de reasignación sexual, podría dar lugar incluso a sexos de ida y vuelta, ya que en ningún lado se dice que solo se puede cambiar una vez. Esta sería la situación más ventajosa para los que creen que el sexo biológico es un mero accidente que puede modificarse conforme al género elegido, a su vez cambiante.

El género se construye

Esta es la perspectiva adoptada por la ideología de género. Más allá de las obvias diferencias biológicas, las diferencias entre hombres y mujeres serían puramente convencionales, una mera construcción social, que habría que "deconstruir" para liberar a la mujer.

No se trata solo de romper con la diferenciación entre profesiones masculinas y femeninas. También los roles familiares específicos de padre y madre deberían ser revisados para que no haya diferencias en el seno de la familia. Y es que no existirían propiamente dos sexos, sino variadas orientaciones sexuales. Se comprende que para la "perspectiva de género" la naturaleza estorba.

Así, Judith Butler, teórica americana de los estudios sobre gays y lesbianas, se desmarca del feminismo centrado sobre la noción de mujer, que a su juicio no deja suficiente espacio a las diferentes identidades lesbianas. "Al teorizar que el género es una construcción radicalmente independiente del sexo, el género mismo viene a ser un artificio libre de ataduras; en consecuencia, "hombre" y "masculino" podrían significar tanto un cuerpo femenino como uno masculino; "mujer" y "femenino", tanto un cuerpo masculino como uno femenino", escribe en "Gender Trouble. Feminism and the Subversion of Identity" (Routledge, Nueva York, 1990).

Butler piensa que nuestras sociedades producen códigos implícitos de conducta, que aseguran el predominio de lo masculino y de lo heterosexual. Por eso, las prácticas sexuales minoritarias deben servir para subvertir la norma y mostrar que no hay que dar por supuesta la heterosexualidad. Su idea es que la sexualidad puede evolucionar a lo largo de toda la vida, por lo que nada debe ser fijo. El género, como un artificio, se construye.

Según su última identidad conocida, Butler es lesbiana y educa a un hijo con su compañera, que tuvo el niño por inseminación artificial.

Rechazo a ser criatura

Paradójicamente, una sociedad cada vez más consciente del peligro de no respetar los ecosistemas, parece pensar que la naturaleza humana es totalmente maleable, pues en el fondo nada sería natural en el hombre.

El objetivo sería "liberar al hombre de su biología", según diagnosticaba el cardenal Joseph Ratzinger: "Ya no se admite que la naturaleza tenga algo que decir; es mejor que el hombre pueda modelarse a su gusto (...) Todo esto, en el fondo, disimula una insurrección del hombre contra los límites que lleva consigo en cuanto ser biológico. Se opone, en último extremo, a ser criatura. El hombre tiene que ser su propio creador, versión moderna de aquel 'seréis como dioses'" (Peter Seewald, "La sal de la tierra", Palabra, Madrid, 1997, pág. 142). Por ahora, no parece que el resultado sea el paraíso en la tierra.

2.- Opinión: Evaluar la atención al paciente en los hospitales españoles **Dr. Miguel Ángel Delgado**

Azprenta.com Madrid, del 6 al 13 de octubre 2006.

Recientemente tuvo lugar la ceremonia de entrega de la primera edición de los Premios Best In Class, unos galardones que reconocían la labor de los hospitales en la mejora de la atención al paciente. Fue una jornada muy entrañable, en un lugar precioso, la Real Casa de Correos de la Puerta de Sol (desde aquí mi agradecimiento por habernos dejado la Comunidad de Madrid ese lugar incomparable). No sé si lo saben, pero este edificio fue donde los comuneros de Castilla se alzaron en armas y construyeron una fortificación con una puerta que miraba al sol, a Oriente, que fue sustituido por el Hospital del Buen Suceso. En 1768 se construyó el edificio sede del Ministerio de Gobernación y, en la época de Franco, fue sede de la seguridad del Estado, y con las transferencias, la Comunidad de Madrid traslado su sede allí.

La jornada contó con la presencia de personalidades de todo el ámbito de la Sanidad, consejeros, representantes de colegios profesionales, de asociaciones científicas, de laboratorios y trabajadores representantes de los hospitales españoles.

El IAP, metodología empleada para calificar las medidas y servicios desarrollados por los centros hospitalarios de cara a potenciar su relación con el paciente, es un indicador que pretende valorar las distintas dimensiones que pueden afectar, en un hospital, a la atención al paciente, en cuanto a accesibilidad, información, organización, confort del entorno, y, cómo no, en cuanto a funcionamiento.

Mediante una serie de preguntas cerradas y un conjunto de preguntas abiertas que valoran los planes de mejora de cada hospital, y junto a los indicadores de

funcionamiento ponderado, se ha conseguido puntuar a cada participante de una forma lo más objetiva y transparente posible, tal y como lo han corroborado los miembros del Jurado, y como se ha visto después, por los ganadores, parece que es acertada. Y así lo confirma, si vemos la lista de ganadores en cada categoría, y teniendo en cuenta que sólo se valora a los participantes, y no a todos los hospitales españoles.

Así, a nadie le sorprende que el Hospital de Manacor puede tener la mejor calificación, o el servicio de Urología del Gregorio Marañón, o el de Infecciosas de La Fe, o el de Ginecología del Clinic de Barcelona sean buenos servicios.

Los que hemos tenido la suerte de valorar los cuestionarios hemos comprobado cómo los hospitales españoles orientan, cada vez más, sus actuaciones en base a la atención del paciente. En este sentido, hay iniciativas interesantes en cuanto a informatización (web para citación de pacientes; con datos de funcionamiento del hospital, historia electrónica; conexión con Atención Primaria;...); diseño (habitaciones paritorio; mobiliario infantil); dotación (intérpretes, pedagogos, psicólogos infantiles...); información (folletos, canal de TV propio...) accesibilidad (farmacia hospitalaria funcionando 24 horas al día para controlar adherencias al tratamiento); organización (consultas de alta resolución, institutos que agrupan a varios servicios, tener en cuenta las quejas formuladas al servicio de atención al paciente como parte del plan de calidad del hospital...); potenciación del voluntariado (asociaciones como Doctor Sonrisas, amigos del hospital...).

Pero lo que hemos comprobado es que todavía falta, que hay todavía campo de mejora para poder conseguir lo máximo posible en este sentido.

El IAP, (registrado por MPG) ha nacido de 0, y se presenta en el kilómetro 0, la Puerta del Sol, de España, pero la idea que tenemos es que sirva para que cada hospital pueda valorarse y pueda aprender de otros hospitales lo que es mejor para poder implantar esas iniciativas en los propios centros. Por ello, es imprescindible que se amplíe la participación, que los gerentes participen para saber dónde están y, con lo que tienen de infraestructura y dotación, qué pueden mejorar, ya que muchas iniciativas dependen del ingenio, de la imaginación de escuchar a los pacientes, y no sólo de dinero. En la lista de mejores hospitales están centros pequeños, pero dentro de los diez primeros hay también grandes hospitales de casi 700 camas. Por lo tanto, una de las cuestiones importantes es que los responsables políticos inciten a sus hospitales a participar, independiente del signo político que sean.

En conclusión, la idea del IAP es sumar iniciativas para aprender y mejorar, aunque para ello algún hospital de los llamados grandes se tenga que dar cuenta de que hay aspectos que no los trata como debiera, y es ahí donde hay más campo de mejora. Esto es el Km. 0.

3.- Los paliativos deben tener un abordaje integral e integrado

Diario Médico, Isabel Gallardo Ponce 06/10/2006.

Por segunda vez se celebra el día 7 de octubre el Día Mundial de los Cuidados Paliativos con el objetivo de dar a conocer a toda la población la existencia de este tipo de atención médica, para que todos aquellos que la necesiten sepan que la pueden solicitar.

Mañana se celebra el Día Mundial de los Cuidados Paliativos por segundo año consecutivo. Magdalena Sánchez Sobrino, presidenta de la Sociedad Madrileña de Cuidados Paliativos, explica que con esta celebración se trata de "extender el conocimiento de los cuidados paliativos entre la población y también estimular a la clase política, que al final es la que tiene que implantar estos servicios para la comunidad con ayuda de los profesionales".

Para la Organización Mundial de la Salud, los cuidados paliativos son la atención integral del paciente que está viviendo una enfermedad avanzada, progresiva e incurable. "Y también es la atención de su familia. Por integral debemos entender la atención de todos los aspectos físicos, pero también los emocionales, los psicológicos, que influyen sobre el control mejor o peor de los síntomas físicos", así como de las necesidades sociales y el aspecto espiritual.

Por tanto, esto debe realizarse siempre desde un equipo multidisciplinar para poder atender todos los aspectos del paciente, explica Sánchez.

16 años de camino

Los cuidados paliativos comenzaron a aplicarse con continuidad hace unos dieciséis años y hasta ese momento sólo se habían producido iniciativas individuales en algunas zonas. Pese a todo, la población en general aún no conoce exactamente su existencia, qué son, o cómo recurrir a ellos. Sin embargo, "los paliativos, a nivel de gestión han demostrado su efectividad, el beneficio que aportan para el enfermo y para la familia y un bajo coste".

Otro problema que se presenta es que el desconocimiento de este tipo de atención lleva a que el paciente y la familia no lo demanden, lo que provoca que se piense que la necesidad no existe, explica Sánchez. Por otro lado, esta falta de conocimiento conduce a malas interpretaciones sobre el objetivo de los paliativos. "Es lamentable que lo que ha ocurrido en el Severo Ochoa haya incidido en el tema de paliativos, sobre todo para que éstos se conozcan.

Es cierto que se ha relacionado muy directamente atención paliativa con eutanasia, lo cual es un error. Ni son sinónimos ni tienen nada que ver".

Sánchez hace hincapié en que la clave está en la atención integral e integrada de todos los niveles sanitarios y del entorno del enfermo. "Debe existir una

buena atención paliativa en el hospital y en el domicilio, además de haber una buena coordinación entre los profesionales de ambos niveles".

La información que se da en el hospital debe estar en la misma línea que la que se ofrezca desde primaria, desde los profesionales del soporte domiciliario y desde los centros sociosanitarios de media y larga estancia. Además, muchos enfermos continúan viviendo sus últimos meses de vida en casa, por lo que "es necesario seguir ofreciendo un recurso en el que sean atendidos adecuadamente".

Aún queda mucho camino por recorrer; por eso es importante contar con los enfermos y sus familias para conocer cuáles son sus experiencias, sus conocimientos y lo que esperan de estos cuidados.

Sánchez desea que llegue un momento en que no exista un día mundial de los cuidados paliativos, lo que sería "un indicador muy fiable de que son un tipo de atención totalmente asumida e integrada en el sistema sanitario, y de que los pacientes conocen su existencia y pueden acceder a ella con mucha facilidad".

En Madrid la asociación realizará mañana un acto dirigido a profesionales y familiares en colaboración con el Centro San Camilo.

Es imprescindible el apoyo profesional

"Ha sido una experiencia dolorosa por la pérdida, pero a la vez también ha sido muy enriquecedora para toda la familia". Estas son las palabras de Araceli Casado Adrados, hija de una paciente que recibió cuidados paliativos tras la reproducción de un cáncer en el que no se podía aplicar ni tratamiento quirúrgico ni quimioterápico.

Casado explica que en todo momento se cumplió la voluntad de su madre: "Ahora sentimos satisfacción, como un deber cumplido".

Una vez que la paciente no pudo seguir desplazándose para recibir la atención hospitalaria, desde el Hospital Clínico de Madrid, Magdalena Sánchez se puso en contacto con los encargados de cuidados paliativos del Área 6 de Madrid, lugar en el que residían.

De esta forma se creó una red entre un médico, una enfermera, un psicólogo y el médico de primaria de Casado para el cuidado de la paciente. Los facultativos se encargaron no sólo de informar e indicar cómo realizar los cuidados que requería la mujer según su estado, sino también de llevar los fármacos necesarios al domicilio y de dar confianza, ánimo y apoyo psicológico a toda la familia.

La paciente recibía las visitas del equipo a diario hasta que se produjo el fallecimiento, momento en el que no se interrumpió la relación. "Sin el apoyo

del equipo y el de la familia hubiera sido imposible llevar a cabo esta situación en casa, ya que se necesitan varios cuidadores. Es imprescindible la comunicación, el cariño y el respeto".

"Es cierto que se ha relacionado directamente atención paliativa con eutanasia, lo cual es un error. Ni son sinónimos ni tienen que ver"

Muchos enfermos continúan pasando los últimos meses de su vida en casa, por lo que es necesario procurarles la atención debida

4.- Roche ayuda a tres compañías africanas a crear genéricos contra el Sida

ELMUNDO.ES 09/10/2006 11:46 (CET)

Tres compañías de África, la sudafricana Aspen y las kenianas Cosmos Limited y Universal Corporation, serán las primeras empresas del continente que recibirán apoyo tecnológico para producir un fármaco genérico de segunda línea contra el sida.

Gracias a la iniciativa para la transferencia tecnológica, lanzada por Roche, estas compañías recibirán sin ningún coste los conocimientos técnicos para poder fabricar un medicamento frente al VIH sobre la base de producción del saquinavir, el fármaco de segunda línea de Roche.

Según Lembit Rägo, coordinador del plan de acción de la OMS Garantía de Calidad y Seguridad de los Medicamentos, "estimula y anima que fabricantes de África se dispongan a elevar su capacidad productora local de medicamentos contra el sida. Las personas infectadas por el VIH en el África subsahariana tienen unas opciones terapéuticas limitadas y aunque ha crecido el acceso a los tratamientos de primera línea, es vital que dispongan también de un suministro seguro de tratamientos de segunda línea".

Los medicamentos de segunda línea se utilizan cuando los fármacos que se dan en un primer momento (los de primera línea) no resultan eficaces o cuando el paciente ha desarrollado resistencias a alguno de ellos.

La transferencia tecnológica ha comenzado en septiembre, aunque la iniciativa se anunció a principios de año. Desde entonces, la farmacéutica ha recibido 25 peticiones de 14 países diferentes para adherirse a ella.

"La finalidad de este insólito paso es garantizar la disponibilidad en estos países de medicamentos adecuados y correctamente fabricados. Nuestra intención es utilizar los conocimientos que hemos ido adquiriendo para reforzar la capacidad de producción local. Esperamos compartirlos con el mayor número posible de fabricantes en los países más afectados", ha afirmado William M. Burns, director general de la División Farmacéutica de Roche.

Mediante esta iniciativa, los países del África subsahariana y los menos favorecidos que deseen producir una versión genérica de saquinavir no necesitarán solicitar una licencia voluntaria, ya que la farmacéutica se ha comprometido a no hacer valer los derechos de patente.

5.- La criba y la lotería genética

Juan Domínguez

Acepresa, 04-10-2006.

La mentalidad del hijo a la carta está llevando a que algunos padres seleccionen embriones con menos riesgo de enfermar. Al principio, la fecundación "in vitro", con diagnóstico preimplantacional (DPI), se justificó para evitar el riesgo de transmitir graves enfermedades genéticas incurables. Se trataba de detectar los embriones que llevan el gen defectuoso que provocaría la enfermedad. Ahora un creciente número de parejas están recurriendo a la misma criba de embriones para detectar una "predisposición" a cánceres (de mama, de colon, de ovarios...), cuando hay precedentes de familiares que murieron por cánceres de este tipo.

Estos cánceres "hereditarios" no son un destino inevitable. El DPI puede indicar una predisposición a cierto tipo de cáncer, pero no asegura que vaya a desarrollarse o no, y a menudo son enfermedades tratables. El coste del diagnóstico no está al alcance de todos los bolsillos: en EE.UU. se factura en torno a los 25.000 dólares. Por eso algunos comienzan a criticar una división genética de clases: los ricos que pueden prevenirse contra sus genes defectuosos y las poblaciones pobres que siguen sometidas a la tradicional lotería genética.

En estos casos, el afán de seguridad va unido a una especie de superstición "científica" según la cual nuestro destino está escrito en los genes. Dos recientes artículos publicados en el "New York Times" mostraban las dos caras del asunto: uno (3-09-2006) hablaba de una pareja, los Kingsbury, que había recurrido al DPI para evitar que sus hijos padecieran cáncer de colon, del que habían muerto ya el abuelo, la madre y dos tíos abuelos del padre. El otro (31-08-2006) contaba el distinto modo de envejecer de dos gemelas idénticas.

Según las leyes de la genética, cualquier niño concebido de forma natural por los Kingsbury tendría una probabilidad entre tres de heredar el gen defectuoso que provocaría el cáncer de colon. Y los que desarrollaran el cáncer tendrían un 90% de probabilidad de superarlo, si se detectaba a tiempo.

Los Kingsbury prefirieron no arriesgar nada. La fecundación "in vitro" permitió crear 14 embriones, de los cuales 4 fueron descartados por tener el gen defectuoso. De paso, a los sanos se les hizo también la prueba del síndrome

de Down, aunque encareciera la factura. El esfuerzo eugenésico dio su fruto y hoy tienen una hermosa niña de dos años con genes de primera.

Los defensores de estas prácticas aseguran que se trata de evitar enfermedades mortales, no de crear "bebés de diseño" a capricho de los padres. Pero, como se ha comprobado en el caso del aborto, la intolerancia hacia la enfermedad y la discapacidad crece a medida que las técnicas de criba mejoran.

El otro artículo menciona el caso de dos gemelas idénticas de 92 años, con los mismos genes, criadas en la misma familia y que han vivido siempre en el mismo lugar. Ambas han llegado a viejas, pero de muy distinta manera. Josephine Tesauro goza de una salud espléndida, vive sola, trabaja a tiempo parcial en una tienda de regalos y conduce su coche para ir a las partidas de bridge, a la iglesia y a hacer la compra.

En cambio, su hermana Una lleva una prótesis de cadera, sufre una enfermedad degenerativa que la está dejando ciega, padece incontinencia y demencia senil.

La autora del artículo, Gina Kolata, utiliza este caso para ilustrar lo poco que se sabe sobre las causas de la longevidad y sobre la predisposición a las enfermedades. A fin de cuentas, los genes no serían tan importantes para determinar cuánto se vivirá y si una persona sufrirá ciertas enfermedades. Pregunta a James W. Vaupel, director del Laboratorio de Supervivencia y Longevidad del Instituto Max Planck (Rostock, Alemania), quien asegura que si la altura de los padres explica entre el 80% y el 90% de la altura de una persona media, la longevidad de los padres solo explica el 3% de lo que vivirá su hijo. Incluso los gemelos idénticos mueren, como media, con diez años de diferencia.

"Algunas enfermedades –añade Kolata–, como una aparición temprana del alzheimer o una cardiopatía, están más relacionadas con el historial familiar que otras, como la mayoría de los cánceres y el parkinson. Pero (...) de hecho, la mayoría no padece la afección a la que está predispuesta. E incluso sufrir la enfermedad no implica que la persona vaya a morir de ella".

Se pueden hacer generalizaciones válidas, como que un obeso fumador corre más riesgo que un delgado que no fuma. Pero, a nivel individual, no hay nada seguro. "Se nos da bastante bien predecir en el ámbito del grupo", reconoce Kaare Christensen, epidemiólogo de la Universidad del Sur de Dinamarca. "Pero somos muy malos a nivel individual". Lástima, porque, si uno no es epidemiólogo, lo que le interesa es lo que le va a pasar a él.

Lo que está claro es que la longevidad viene determinada por una mezcla de factores tan compleja que fijarse solo en la herencia genética es muy engañoso. Siempre puede haber una mutación aleatoria de un gen, un

accidente, un tipo de nutrición, un estilo de vida, y el mero azar que eche por tierra lo que cabría esperar de la dotación genética.

Quizá es este el gravamen que la naturaleza impone sobre la herencia genética, para redistribuir las cartas en cada generación.

6.- El 90 por ciento de usuarios confía en las urgencias hospitalarias

Diario Médico. Carmen Fernández. Barcelona 10/10/2006

A pesar de los tiempos de espera e incomodidades en los servicios de urgencias hospitalarios, especialmente en los que sufren mayor presión asistencial, los usuarios siguen teniéndolos en alta estima, según revela la última encuesta de satisfacción del CatSalut.

Los usuarios de los servicios de urgencias hospitalarios de agudos de Cataluña están satisfechos mayoritariamente -por encima del 90 por ciento- de la información, el trato personal de médicos, enfermeras y camilleros, la sensación de estar en buenas manos y el respeto a su intimidad, según los resultados globales de una encuesta realizada por el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) entre los pacientes atendidos en estos dispositivos asistenciales.

El 82 por ciento de los encuestados asegura que volvería a ellos, y el factor individual que ha obtenido mejor resultado, y que se muestra como valor de excelencia, son las habilidades de comunicación del personal.

Estos datos contrastan con la nota media global de estos servicios: un 7,3 por ciento, que a pesar de ser un notable, indica que queda bastante por hacer en la calidad percibida por los usuarios de las urgencias hospitalarias de la autonomía.

Esta afirmación sale reforzada si se comparan los resultados por centros, puesto que hay diferencias (unos hospitales están por encima de la media de la región y otros, por debajo), y si se analizan los factores independientes.

Lo que globalmente menos gusta a los usuarios (ver cuadro) tiene que ver con la falta de inversión en la actualización de las estructuras físicas, la organización y, especialmente, la presión asistencial (que se refleja en el tiempo de espera).

También se ha recogido esta otra información valiosa: el 67,8 por ciento de los usuarios ha utilizado varias veces estos servicios y un 73,6 por ciento lo hace por iniciativa propia y pensando que este recurso asistencial es más fiable que otros (un porcentaje similar al de otros estudios realizados en España).

66 ítems o preguntas

La encuesta incluye 28 ítems o preguntas cuyas respuestas expresan la satisfacción de los usuarios sobre el servicio, y otras 38 relacionadas con variables independientes y de carácter general.

Hay que tener en cuenta que Barcelona ciudad y el área metropolitana, por su alta concentración de hospitales, tiene un peso determinante en la globalidad de Cataluña: el 60 por ciento de toda la población atendida en las urgencias hospitalarias de la región.

En cuanto a las características poblacionales, la muestra sigue la misma distribución que la población atendida en los servicios de urgencias de los hospitales de agudos de Cataluña en 2004.

Hay equilibrio entre hombres y mujeres, con un claro predominio femenino (56 por ciento), y en cuanto a la edad, el grupo mayor es el más joven (entre 15 y 44 años), que representa la mitad de los casos atendidos.

Las variables sociodemográficas del trabajo han confirmado (se había visto en otros estudios) que aumentan los buenos resultados de satisfacción a medida que aumentan los años del encuestado; el sexo no parece influir en las respuestas, y el nivel de estudios y la percepción de la salud tienen una influencia positiva, con buenos resultados en los niveles de estudios más bajos y a medida que se tiene mejor percepción de la salud.

LO PEOR SEGÚN LOS USUARIOS

Aspectos con valoraciones mas bajas en la encuesta de los servicios de urgencias catalanes

Comodidad de la sala de espera

Información sobre el tiempo de espera

Vigilancia profesional de los pacientes en sala de espera

Tiempo de espera para ver al médico

Control de dolor

Comodidad de la camilla

Presencia de acompañantes durante el proceso

Confidencialidad en la información facilitada a los familiares o acompañantes

7.- Aborto en alza a pesar de la “píldora del día siguiente” En Gran Bretaña y Francia sigue aumentando el aborto entre menores

Aceprensa, 11-10-2006 108/06

El número de abortos ha aumentado en Gran Bretaña y en Francia, a pesar del uso cada vez más frecuente de la píldora del día siguiente, según sendos estudios recientes publicados en esos países.

En Gran Bretaña, la píldora del día siguiente está en venta libre desde 2001; su uso ha ido en aumento y en 2005 se duplicó su volumen de ventas. A pesar de todo, la tasa de abortos entre las mujeres de 15 a 44 años ha seguido subiendo hasta 17,8 por mil en 2004. Según el estudio que publica la investigadora Anna Glasier en el "British Medical Journal" (16-09-2006), la píldora del día siguiente puede evitar embarazos de mujeres en casos concretos en que no se usa o falla la anticoncepción, "pero un creciente número de pruebas sugiere que el aumento de la contracepción de emergencia no tiene ningún efecto sobre las tasas de embarazos no deseados y de abortos".

La profesora Glasier, que es directora de planificación familiar en el Lothian Primary Care NHS Trust (Edimburgo), escribe en un editorial de la revista que diez diferentes estudios realizados en distintos países muestran que dar a las mujeres la píldora del día siguiente para tener en casa duplica o triplica su uso, pero no tiene efectos significativos en las tasas de embarazo o de aborto.

"Por eso, dice, a pesar del aumento significativo del uso de la contracepción de emergencia en el Reino Unido en los últimos 20 años, la tasa de abortos sigue creciendo, y lo mismo sucede en Suecia y Francia". Su recomendación es que se utilicen otros métodos anticonceptivos antes o durante las relaciones sexuales.

Un portavoz del Ministerio de Sanidad reaccionó ante el estudio diciendo que el gobierno nunca ha presentado la píldora del día siguiente como un medio para reducir el número de abortos.

Los datos oficiales de 2005 muestran que el número de abortos en Inglaterra y Gales fue de 186.416, con un aumento del 0,4% con respecto al año anterior. El año pasado hubo 1.083 abortos practicados a chicas de menos de 15 años. Las estadísticas muestran también un aumento del aborto en Escocia, donde en 2005 se realizaron 12.603 abortos. Unos 3.304 abortos se practicaron a mujeres con menos de 20 años y, de éstos, 341 a chicas menores de 16.

En Francia, la píldora del día siguiente (bajo el nombre de Norlevo) se vende en farmacias sin receta médica desde 1999; el año siguiente las enfermeras escolares fueron autorizadas a dispensarlas en el seno de los centros de enseñanza; desde 2002, en las farmacias se distribuye gratuitamente a las

menores, que pueden pedirla de forma anónima. A las mujeres mayores de edad la Seguridad Social les reembolsa el 65% del precio.

Según el estudio publicado por la Dirección de Investigación, Estudios, Evaluaciones y Estadísticas (DRESS), "en 2005 se vendieron más de un millón de comprimidos de Norlevo, es decir, seis veces más que en 1999", año de su introducción. Sin embargo, desde hace diez años el número de abortos en Francia está en alza. En 2004 se practicaron 210.700, un 3,6% más que en 2003. La tasa de abortos por mil mujeres de 15 a 49 años creció de 12,3 en 1995 a 14,6 en 2004.

Según el estudio, la tendencia al alza del número de abortos "no puede explicarse por una menor utilización de la anticoncepción". La píldora del día siguiente está particularmente extendida entre las mujeres jóvenes: "cerca del 33% de las mujeres de 15 a 24 años declaran haberla utilizado alguna vez, contra solo un 9,7% de las de 35-44 años". Sin embargo, el número de abortos sigue progresando entre las menores. En 2004 los abortos practicados a chicas de 15 a 17 años ascendieron a 11.500.

Los datos de España (ver Acepresa 86/06) confirman la experiencia de Gran Bretaña y Francia. Desde que se introdujo la píldora del día siguiente en 2001, el número de unidades distribuidas se ha triplicado hasta alcanzar 506.000 en 2005. Al mismo tiempo, el número de abortos creció un 20%, y la tasa de abortos de menores de 19 años ha seguido aumentando.

8.- Opinión: Dependencia y cuidados paliativos

Doctor J.L. Alcántara Rojas

Madrid, del 13 al 20 de octubre de 2006 (azpresa.com)

Al margen del debate continuado que sobre el tema eutanásico sigue produciéndose a nivel internacional, para el médico, cualquiera que sea su especialidad, la cuestión del tratamiento de sus pacientes en condiciones especiales que se salen de la rutina y que suponen un reto constante para esos sentimientos que, como profesional de un compromiso adquirido desde la vocación por ayudar a sus semejantes, le lleva a querer contar con el auxilio de nuevas técnicas y de la colaboración interdisciplinar.

Y, aunque la celebración del Día Mundial de los Cuidados Paliativos haya tenido lugar el pasado día 7 de octubre, quisiera aprovechar la efeméride para estas reflexiones que hoy me asaltan. Partiendo -hay que decirlo- de mi convicción de que las tareas médicas no son tan solamente intentar evitar las enfermedades (medidas de prevención), buscar la resolución de éstas (medidas de tratamiento), etc.; considero que entra dentro de esas obligaciones la de acompañar en el sufrimiento, compartiéndolo con el enfermo y con sus

familiares, y ayudarle al mejor "confort" en un período de su vida en el que no se atisba ninguna esperanza de curación (medidas paliativas).

Leía hace poco unas interesantes declaraciones de la presidenta de la Sociedad Madrileña de Cuidados Paliativos, en las que, desde su experiencia profesional, analizaba la extraordinaria importancia de las labores que en ese terreno cabe desarrollar, mediante el agrupamiento en equipos pluridisciplinarios y siguiendo programas consensuados, en los que las estrategias están perfectamente diseñadas para que entren en acción cada uno de esos sectores en los momentos necesarios. Decía en dos palabras que "los paliativos deben tener un abordaje integral e integrado de todos los niveles sanitarios y del entorno del enfermo. Debe existir una buena atención paliativa tanto en el hospital como en su domicilio, además de haber una buena coordinación entre los profesionales de ambos niveles".

Se me ocurre que esta modalidad de Medicina está directamente incardinada en el concepto de atención domiciliaria, desarrollada en la actualidad en la generalidad de las áreas sanitarias y que abre la posibilidad de una continuidad lógica entre los tratamientos intra y extrahospitalarios. Y, al mismo tiempo, si nos fijamos en el grado máximo de incapacitación que acompaña a la mayoría de los enfermos crónicos no curables, los paliativos deben ser muy tenidos en cuenta en el desarrollo de la recién aprobada Ley de Dependencia.

La aludida presidenta, Magdalena Sánchez Sobrino, echaba en falta programas de divulgación entre la población de la existencia de las unidades de cuidados paliativos, de las prestaciones que cubren y de la necesidad de acudir a ellas, con la confianza de poder obtener esas precisas atenciones, enseñanzas terapéuticas y habilidades para poder ayudar desde la propia familia.

Y añadimos nosotros que, a nivel hospitalario, habría que colaborar en desterrar el tópico falso que para muchas familias supone el creer que los cuidados paliativos tienen mucho que ver con la eutanasia, cuando, como todos sabemos, son una apuesta por todo lo contrario, aunque al final de las existencias humanas que manejan haya que procurarse la utilización de medidas que cooperen a la obtención de la auténtica "buena muerte", esto es la evitación del dolor físico y el acompañamiento en la aflicción moral.

Aunque la aparición del concepto y desarrollo de las unidades de cuidados paliativos es relativamente reciente en el tiempo (se vienen practicando desde hace dieciséis años, aproximadamente), el alto contenido benefactor y, repito, de posibilidad de desarrollo vocacional de la faceta humanística que debe seguir acompañando al ejercicio de la Medicina, junto a una mayor concienciación social y de un crecimiento económico, auguran un futuro esperanzador para los habitantes de un mundo con una prevalencia de longevidad que lleva aparejado, lógicamente, el aumento de enfermedades tributarias de estos cuidados.

9.- Ollero: «Andalucía aborda con frivolidad el tema del uso de células embrionarias»

ABC Sevilla 15.X.2006

«Bioderecho. Entre la vida y la muerte» (Aranzadi) es el título del libro que acaba de publicar el catedrático de Filosofía del Derecho en la Universidad Rey Juan Carlos, de Madrid, Andrés Ollero, en el que recopila nueve trabajos en los que aborda desde el estatuto jurídico del embrión hasta la eutanasia. Se trata de una serie de artículos, algunos de carácter académico, presentados en congresos, y otros surgidos a raíz de intervenciones en el marco del debate parlamentario, habida cuenta de que Ollero ha sido diputado popular durante cinco legislaturas. En este libro, presta especial atención a la jurisprudencia constitucional española en cuestiones relativas al aborto, la fecundación in vitro o la huelga de hambre de los terroristas del Grapo.

Para empezar, el catedrático precisa que el término Bioderecho no es tan común como el de Bioética ni son tampoco lo mismo, pues el primero aborda «problemas relacionados con la vida humana desde una perspectiva jurídica. Los problemas de la Bioética terminan siendo de Bioderecho porque la solución se acaba estableciendo a través de las normas jurídicas; a veces, nos quedamos en el debate moral sin percibir que el Derecho tiene su peculiaridad».

Ollero considera que, «aunque se piense que la moral suele ser más exigente que el Derecho, hay aspectos del Bioderecho, sin embargo, a los que es más fácil encontrarle un fundamento convincente desde el punto de vista jurídico que desde el moral, pues ésta tiende a atender a casos concretos, aislados, que pueden generar una reacción de compasión y un afán de hallar una solución a ese caso particular, mientras que el Derecho está obligado a ocuparse de normas generales, actúa a modo de «brocha gorda» y no es útil -añade- para resolver un caso concreto sino en su generalidad».

El libro se inicia con un primer capítulo dedicado a Bioética, Bioderecho y Biopolítica, términos que se entrecruzan a la hora de tratar diversos aspectos relacionados con el origen y el final de la vida humana. En el caso relativo a la utilización de células embrionarias, todo ello ha cobrado, a juicio del autor, «una dimensión industrial y existen unos intereses económicos espectaculares basados en expectativas».

Advierte en este ámbito, además, una importante «presión, porque el que invierte mucho dinero en esas cuestiones necesita tener la tranquilidad de que el marco jurídico no le va a condicionar». En este sentido, concluye que «la bioética puede terminar convirtiéndose en un arte para legitimar lo que la industria necesita».

Ollero opina que en España domina «el interés y la frivolidad» a la hora de abordar estos asuntos. «En Andalucía -prosigue- la argumentación que se hace me produce vergüenza ajena; existe frivolidad e intentos de aparecer como vanguardia de la Ciencia, cuando eso se demuestra con resultados científicos concretos y no con un desmantelamiento jurídico».

La «resaca» del nacional catolicismo es algo que, a su juicio, pesa mucho en nuestro país, ya que los temas específicos del Bioderecho se debaten «poco, pues se piensa que tienen que ver con aspectos religiosos cuando, en realidad, tienen que ver con los derechos de las personas».

La protección jurídica de la vida

Ollero también atiende al tema del aborto y analiza cómo «la protección jurídica de la vida humana se vio ante una situación de tensión cuando se la contrapuso a los derechos de la mujer». A este respecto, señala que «el Tribunal Constitucional buscó una fórmula de ponderación rechazando que se pudiera establecer la prioridad, bien del valor de la vida del no nacido, bien del derecho de autodeterminación de la mujer. Lo siguiente es que ahora la vida humana se ve contrapuesta no a los derechos de la mujer -debate que ha pasado a un segundo plano- sino a los derechos de la libertad de investigación científica. Curiosamente parece no haber ponderación alguna; las expectativas abiertas por la Ciencia, con más o menos fundamento, no parecen admitir límite alguno y la vida acaba siendo arrasada. Los derechos de la Ciencia terminan siendo más importantes que los de las mujeres».

Entre otros títulos, Andrés Ollero es autor de «España, ¿un estado laico?» y de «¿Tiene razón el derecho?».

10.- Un artículo del 'BMJ' defiende las donaciones remuneradas

Diario Médico. Redacción 18/10/2006

Un artículo de opinión publicado en el British Medical Journal aboga por remunerar la donación de órganos, una posibilidad que podría ser realidad en Estados Unidos y que es ilegal en España.

Un sistema regulado y legalizado que permita ofrecer una remuneración económica a los pacientes vivos susceptibles de donar órganos podría solucionar el problema de la alta demanda actual de injertos. Así lo indica un artículo de opinión publicado en el último número de la revista British Medical Journal.

El autor, Amy Friedman, profesor de la Escuela de Medicina de la Universidad de Yale, en Estados Unidos, y cirujano trasplantador, argumenta que "muchas de las personas que acceden a participar en proyectos de investigación

biomédica lo hacen por motivos económicos. Si eso es razonable, legal y ético, también lo es incentivar la donación con una recompensa monetaria".

En Estados Unidos ya se compran y venden productos humanos como pelo, sangre, esperma y óvulos.

Friedman defiende la creación de un organismo centralizado y multidisciplinar para monitorizar todo el proceso técnico de donación y trasplante. Dicha entidad debería encargarse también de fijar una compensación económica homogénea.

Injertos clandestinos

El texto señala que "ya se producen trasplantes de riñón clandestinos en países del Tercer Mundo. Receptores ricos reciben el órgano de donantes pobres sin que exista un control de los resultados".

En opinión de Friedman, "sacar tales actividades a la luz, con supervisión y financiación gubernamental, facilitaría la equidad de acceso por parte de los pacientes más pobres, que tendrían así las mismas oportunidades de obtener un trasplante".

En España, el director de la Organización Nacional de Trasplantes, Rafael Matesanz, siempre ha rechazado la posibilidad de pagar por trasplantes, pese a reconocer que en ocasiones hay personas que acuden al extranjero. En la III Reunión de Coordinadores de Trasplantes y Profesionales de la Comunicación (ver DM del 13-VI-2006) señaló que la solución es "que sea punible llevar a cabo esta acción en otro país, como ocurre con la pedofilia, por ejemplo".

Enfoques contrapuestos

El sistema de trasplantes en España, que ha conseguido convertir el país en líder mundial en este ámbito, se basa en la gratuidad.

Eso no ha impedido que haya choques entre diferentes formas de entender su manejo. El último decreto de células y tejidos provocó un enfrentamiento entre el Ministerio de Sanidad y Madrid, ya que el texto del departamento de Elena Salgado era mucho más restrictivo con los bancos privados de sangre de cordón umbilical, mientras que la autonomía pretendía dar un mayor espacio a la iniciativa privada. Rafael Matesanz, director de la Organización Nacional de Trasplantes, advirtió de la publicidad engañosa sobre las posibilidades de estas células.

11.- Duras críticas a la farmacéutica Lilly por la promoción de uno de sus productos

CRISTINA DE MARTOS (elmundo.es) 20 octubre 2006.

Un artículo de la revista 'The New England Journal of Medicine' denuncia las técnicas empleadas por la compañía Eli Lilly para aumentar las ventas de Xigris, un caro tratamiento para la sepsis que provoca además graves efectos secundarios.

El texto, firmado por Peter Q. Eichacker, Charles Natanson y Robert L. Danner, miembros del departamento de cuidados intensivos de los Institutos Nacionales de la Salud de Estados Unidos, describe la estrategia puesta en marcha por la farmacéutica, la sexta más grande del país. Los especialistas destacan la manipulación de guías de práctica médica y la omisión de datos relacionados con la seguridad del fármaco.

La FDA (agencia que regula los medicamentos en EEUU) aprobó el uso de Xigris, o proteína C humana recombinada activada, en 2001, pero la mitad de los miembros de la comisión asesora exigió que se llevara a cabo un ensayo clínico que despejara las numerosas dudas generadas por este producto antes de ratificar su aprobación.

Ante la incertidumbre generada por la agencia, las ventas de Xigris resultaron inferiores a lo esperado y desde entonces disminuyen paulatinamente año tras año. Para promover su fármaco y revertir esta situación, Lilly ha empleado "estrategias de marketing disfrazadas de medicina basada en la evidencia", según los autores del editorial.

La "campaña publicitaria" comenzó en 2002 con la formación del 'Grupo de Trabajo sobre la Ética, los Valores y el Racionamiento de los Cuidados Críticos', financiado por la farmacéutica con 1,8 millones de dólares (casi 1,5 millones de euros) y encargado de denunciar la limitación al uso de Xigris para algunos pacientes debido a su elevado coste.

Un año después, expertos en cuidados intensivos de todo el mundo fueron convocados para elaborar una guía del manejo de la sepsis, que se publicó en 2004 en la revista 'Critical Care Medicine'. "Lilly aportó el 90% de los fondos – explican los investigadores- y muchos participantes tenían relaciones financieras o de otra naturaleza con la compañía".

Manipulación de los datos

El objetivo de las guías médicas es unificar la práctica clínica para mejorar el manejo de los pacientes; son la regla de oro. Sin embargo, según los autores, "el desarrollo de la guía para el tratamiento de la sepsis fue orquestado como una extensión de una campaña publicitaria farmacéutica".

Las 'Guías de la Campaña de Supervivencia a la Sepsis' favorecen el uso de Xigris frente a los fármacos empleados tradicionalmente para tratar esta

patología (antibióticos, vasopresores, etc.) y con los que se logran resultados semejantes o mejores que con el producto de Lilly.

"Este desequilibrio es aún más problemático porque la campaña no ha fracasado a la hora de acabar con las preocupaciones que despierta el medicamento". Tras los resultados del primer ensayo, que demostró un elevado riesgo de hemorragia asociado al uso de Xigris, otros dos estudios han confirmado este punto. Pero los datos aportados por estas investigaciones no están incluidos en la guía o bien no aparecen completos.

En un comunicado emitido por Eli Lilly en respuesta al artículo, la compañía declaró que su comportamiento había sido adecuado y reconoció haber financiado a los especialistas que confeccionaron la guía.

"Las sociedades de profesionales y otros actores deben trabajar juntos para promover [...] políticas que prohíban a las farmacéuticas y otras industrias médicas patrocinar o influir, de forma directa o indirecta, en la práctica clínica", concluye el editorial.

12.- Nuevas críticas a la mínima presencia femenina en los ensayos clínicos

El Mundo 23/10/2006 CRISTINA DE MARTOS (elmundo.es)

Hace un año, la Agencia Europea del Medicamento (AEM) hizo público un documento en el que exponía argumentos en contra de la necesidad de incluir a las mujeres como un grupo especial dentro de las guías que regulan los ensayos clínicos. Esta situación conlleva riesgos ya que algunos fármacos llegan al mercado sin que se conozca a fondo su efecto sobre el cuerpo femenino, según denuncia un editorial publicado en la revista 'Journal of Epidemiology and Community Health'.

La cantidad de grasa corporal, la altura, el peso o las hormonas son factores que influyen en el modo en el que los fármacos actúan sobre el organismo. Existen evidencias en la literatura médica que confirman que hombres y mujeres absorben, distribuyen y metabolizan los medicamentos de diferente forma, lo que se traduce en la disparidad de sus acciones.

"La eficacia no se cuestiona, sino la efectividad y los efectos secundarios", explica María Teresa Ruiz Cantero, catedrática del departamento de salud pública de la Universidad de Alicante y coautora del estudio. "Cuando se comercializa un fármaco, lo toman tanto hombres como mujeres, y esto debería reflejarse en los ensayos clínicos".

Análisis insuficiente de los datos

Se trata de un problema doble. En primer lugar, las mujeres deberían estar presentes en los estudios como una muestra representativa de la población. Esto quiere decir que si evalúan los efectos curativos de un medicamento que consumen ambos sexos por igual, el ensayo deberá incluir el mismo número de hombres y féminas.

Pero esto, por sí solo, no garantiza la detección de las diferencias genéricas, el quid de la cuestión reside en el análisis de los datos. "El problema es que los resultados no se interpretan en función del sexo -explica Cantero- lo que impide detectar diferencias entre ellos".

Ante estos hechos, la FDA (agencia que regula los medicamentos en Estados Unidos) elaboró en 1994 unas recomendaciones que hacen hincapié en estos puntos y cuya aplicación, que no siempre se da, identificar variaciones entre los dos géneros.

En el texto de la AEM, al que ya no se puede acceder a través de Internet, la agencia reconoce que "diferencias específicas de género pueden desempeñar un papel determinante en la acción de los fármacos". Sin embargo, al mismo tiempo, declara que, "según una serie de revisiones, de las que no aportaba más datos, no son necesarias recomendaciones como las de la FDA", señala Cantero.

Más vulnerables

La explicación que dio el organismo europeo para justificar su decisión es que la mayor parte de los medicamentos con los que se hacen ensayos tiene un elevado índice terapéutico, es decir, un amplio margen de seguridad. Pero no siempre es así, tal y como ha demostrado la experiencia con Vioxx y otros productos que han dado problemas después de pasar todos los filtros legales.

A pesar de que la AEM no considera la inadecuada representación femenina como un tema relevante, los datos realzan su importancia. Según recoge el artículo de Cantero, las mujeres tienen de media un riesgo 1,5-1,7 veces mayor que los hombres de sufrir efectos secundarios de un medicamento.

"Incluso entre nosotras, en función de la edad o el estado hormonal, pueden variar los efectos. Pero estratificar los estudios con todas estas variables encarece muchos los estudios, por lo que hay algunos sectores que se oponen", apunta Cantero.

En opinión de las autoras, "para evitar problemas en el futuro, la AEM debería crear una fuerte regulación que garantice la seguridad y la efectividad de los fármacos para las mujeres".

13.- Andrés Ollero: "Despenalizar la eutanasia afectaría a la confianza entre médico y paciente"

Diario Médico, M. Esteban 25/10/2006

Tras la publicación de un libro sobre la vida y la muerte, Andrés Ollero, catedrático de Filosofía del Derecho de la Universidad Rey Juan Carlos, de Madrid, ha manifestado que el marco de confianza propio de la relación médico-paciente se deterioraría al despenalizar la eutanasia. Podría resolver un caso concreto, pero advierte de sus consecuencias jurídicas.

Bajo el título Bioderecho. Entre la vida y la muerte, Andrés Ollero, catedrático de Filosofía del Derecho de la Universidad Rey Juan Carlos, de Madrid, ha hecho un análisis jurídico de cuestiones como la eutanasia, el aborto y las técnicas de fecundación in vitro. En una entrevista concedida a Diario Médico, Ollero ha abordado las conclusiones de su libro, publicado por Thomson Aranzadi.

¿Qué efectos podría tener la despenalización de la eutanasia?

La profesión sanitaria se establece en un marco de confianza entre médico y paciente, y la despenalización lo deterioraría.

En Holanda los ancianos huyen de los hospitales porque no saben qué puede acabar allí sucediendo. Estamos ante un curioso paternalismo que consiste en obrar en contra del derecho de otro por su bien o porque no está en condiciones de expresar su voluntad.

¿Hay razones jurídicas para no despenalizarla?

Comprendo que desde el punto de vista moral predomina la compasión, pero jurídicamente hay que plantearse qué pasa al día siguiente.

El problema legal de la eutanasia tiene menos que ver con supuestos como, por ejemplo, Sampedro, que con lo que ha pasado o ha podido pasar en el Hospital de Leganés, en Madrid. Es decir, en qué medida se puede dar el caso de que en un centro se produzcan muertes en una cantidad estadísticamente llamativa como consecuencia de tratamientos contraindicados, según el informe de los peritos, algo que aún está por ver si es o no verdad. Si para resolver la situación de una persona se va a facilitar que en los hospitales puedan pasar estas cosas, habrá que andar con cuidado.

En cuanto al aborto, aboga por la defensa constitucional del no nacido. ¿Es suficiente la protección que el Tribunal Constitucional le otorgó en la sentencia de 1985?

El Constitucional no dice cómo debe regularse una materia, sino que establece un marco fuera del cual uno no puede moverse. Las leyes no tienen la última palabra, pues luego hay que interpretarlas.

Entre lo que regula el Código Penal y lo que se está produciendo hay un abismo.

¿A qué se refiere?

En España, con la regulación legal en la mano, podría haber un número mínimo de abortos. Sin embargo, la cifra es enorme porque la interpretación de la norma es extensiva. Por ejemplo, la ley habla de la posibilidad de abortar si hay peligro para la vida de la madre. El problema surge cuando ese concepto se sustituye por el de salud psíquica de la mujer, que consiste en una dolencia que nada tiene que ver con lo que está regulado.

¿Por qué es peligrosa una ley de plazos?

En nuestro país hay un sistema de indicaciones, es decir, todos los abortos son delito, pero no se castigan si concurre peligro para la salud de la madre, malformaciones genéticas y gestación tras una violación. Si hubiera una ley de plazos, durante un periodo determinado la madre tendría derecho a abortar. El Tribunal Constitucional excluye esta posibilidad porque al ponderar el bien jurídico de la madre con el del no nacido, dice que no pueden establecerse jerarquías a favor ni de uno ni de otro. Este sistema de plazos sí se recoge en el Estatuto de Cataluña, contraviniendo el espíritu de la sentencia del Constitucional, que ya veremos lo que dice al respecto.

¿Debe reconocerse el estatus de persona al no nacido?

En bioética hay una postura consolidada que defiende la existencia de la persona desde el momento de la concepción. Hay que argumentar desde el punto de vista jurídico, que no moral, que hay persona.

Los que defienden que no se basan en el Código Civil del siglo XIX, que establece el requisito de la figura humana porque no se sabía lo que de ahí iba a salir. Hoy en día se sabe incluso cuál va a ser el sexo del no nacido. El texto legal está lleno de sentido común al declarar que al no nacido se le tiene por nacido para los efectos que le sean favorables. Si no dice más claramente que el no nacido es persona es porque no se podía, o mejor dicho, porque no se veía. Hay un cambio en el concepto de viabilidad. Antes, al hablar de gestación, se entendía que estábamos frente a un proceso continuo. Ahora hablamos de embriones sobrantes, un concepto trágico que supone familiarizarse con la idea de que hay seres humanos que no son personas, algo que se había superado cuando se abolió la esclavitud.

14.- Un programa en la Red resolverá dudas sobre bioética

Un grupo de juristas y médicos especialistas en derecho sanitario y bioética serán los encargados del asesoramiento.

Madrid, 27 octubre 2006 (mpg/azprensa.com)

El Programa de Información y Orientación on line ha sido presentado por el director general de Atención al Paciente y Relaciones Institucionales de la Consejería de Sanidad y Consumo de Madrid, Jorge Fernández Ordás, y se dirige a los profesionales sanitarios que deseen consultar sus dudas sobre bioética a través de Internet.

El programa, “sin precedentes en el Sistema Nacional de Salud”, según el ejecutivo regional, hará posible que los profesionales interesados puedan plantear, a través de la red, todas las cuestiones relativas a temas como el consentimiento informado, el secreto profesional, la intimidad, la historia clínica, el trasplante o la reproducción asistida.

En cuanto a los asuntos puramente bioéticos, éstos se atenderán, como hasta ahora, por los comités de Ética para la Asistencia Sanitaria y el Asesor de Bioética de la Comunidad, éste último constituido el pasado año.

El programa se encuentra actualmente en su primera fase de desarrollo, que se circunscribe al área sanitaria de la zona centro-oeste de la comunidad madrileña. En una segunda, se evaluarán los resultados obtenidos y se extenderá al resto de las áreas sanitarias.

Según Fernández Ordás, esta herramienta permitirá a los profesionales sanitarios aclarar “sus dudas rápidamente, de forma que dispondrán de mayor seguridad en su actuación”, además de que contribuirá a “reforzar la protección de los derechos del paciente y a evitar la excesiva judicialización de este tipo de problemas”.

Tras la infraestructura tecnológica, un equipo multidisciplinar de juristas y especialistas médicos en el ámbito de la bioética y del derecho sanitario serán los encargados del asesoramiento.

15.- La humanización de la medicina también depende del paciente

Diario Médico. Esther Román Cantón 30/10/2006

No todos los problemas que surgen en una consulta son por una mala atención del médico. El paciente tiene una importancia clave en la relación con el facultativo. De su interés y su actitud también depende que se salven las barreras que dificultan la humanización de la medicina.

¿De quién depende que la relación médico-paciente sea fluida y adecuada?
¿Existe un problema de deshumanización en la atención? Éstas son algunas de las cuestiones que se han planteado los profesionales de la salud en el Foro sobre Nuevos Desafíos de los Pacientes, organizado por el Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social, que se ha celebrado en Madrid. "Si la cuestión de la humanización de la atención sale a relucir en tantas ocasiones es porque hay algo que falla", ha declarado Asensio López, vicepresidente de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Semfyc).

Hay una serie de barreras que dificultan el proceso de humanización: "Los avances tecnológicos, cuando se cree que solucionan prácticamente todos los problemas, tanto del paciente como del facultativo; también la provisión de servicios mayestática, la dificultad de acceso a recursos alternativos y la utilización de la estructura intermedia de los servicios sanitarios como barrera para llegar a los profesionales de la salud. Pero no hay que olvidar el nuevo modelo de paciente, que incomoda al médico porque pide más información y defiende mejor sus derechos, y la relación médico-paciente deliberativa en lugar de la paternalista", ha explicado López.

Además, la indiferencia profesional ante las expectativas y necesidades del paciente no ayuda a avanzar en este aspecto. "El médico se agobia más por el diagnóstico correcto, por la prueba o por la intervención, que por cómo está viviendo el paciente la situación".

Cambio social

Pero en este aspecto el usuario de la atención médica también desempeña un papel importante. "El cambio social que se ha dado en todas las esferas constituye un reto sanitario. Tiene una especial importancia la transición educativa.

Ahora las personas están mejor formadas, tienen acceso a mayor información, entienden la salud como un bien individual, poseen una cultura de derechos del consumidor y disponen de asociaciones intermediarias entre ellos y la Administración", ha señalado Dolores Navarro, directora académica de la Universidad de los Pacientes.

Además, "cuando el paciente accede a la información se le responsabiliza en la toma de decisiones. "Pero ¿está el paciente preparado para asumir esta responsabilidad? ¿Están preparados los profesionales de la salud para que el paciente tome sus propias decisiones?".

Navarro ha animado a participar activamente. "¿Por qué no preparamos la visita al médico igual que lo hacemos con una entrevista de trabajo? Se trata de nuestra salud; por ello debemos preparar esos minutos -escasos- que tanto nos interesa que sean eficaces".

Por su parte, López destacó que "la demanda social es débil y no se le plantea al médico por qué no presta más atención a lo que dice y espera el paciente". Por ello, se atrevió a hacer unas sugerencias dirigidas a mejorar esta relación: "Hay que incorporar a los ciudadanos en la toma de decisiones e impregnar la práctica clínica de las expectativas y necesidades de los pacientes. Además se ha de hacer un esfuerzo por identificar y emitir los valores de la humanización y formar a los profesionales en ellos".

Consejos al paciente de cara a la visita

Escriba las preguntas o dudas para recordarlas cuando esté con el médico.

Ponga primero las más importantes.

Prepare la documentación necesaria.

Lleve una agenda o calendario para poder apuntar las cosas que diga el médico y que tenga que hacer.

Rellene un dietario, anotando el momento en el que le ocurre algo, tiene un síntoma, olvidó tomar un tratamiento, se encontró mal, etc.

Decida quién le acompaña. En ocasiones, si se está nervioso ante la visita o ante lo que le pueda decir el médico, es recomendable ir acompañado de alguien de confianza para que le ayude a plantear preguntas, entender lo que le dicen y también hacerle compañía.

Decida el tipo de ropa que se va a poner. Es importante ir vestido con ropa cómoda, que sea fácil de poner y de quitar.

Así, si es necesario que el médico le explore o le tome la tensión, no perderá tiempo desnudándose y vistiéndose. Esto es especialmente importante en invierno y cuando se trata de personas a las que hay que ayudar (niños, ancianos, etc.).