

## **Artículos Breves. Mes de Enero 2008**

Nota editorial: Las opiniones e informaciones recogidas no están necesariamente acordes con la línea editorial del Servicio Informativo de Bioética. En todo caso, se trata de información de actualidad que pensamos es oportuno conocer.

### **Indice:**

1. La píldora postcoital se administra al año en España a unas 600.000 mujeres
2. Tribuna. La 'prescripción enfermera' desde la perspectiva de Facme
3. La falta de rigor en su cumplimiento y en la inspección lastran la ley del aborto
4. Completada la lista de los miembros que componen el Comité Nacional de Bioética en España.
5. Tribuna. Aborto: inconstitucionalidad de una ley de plazos. José Luis Requero.
6. Bernat Soria rechaza "ciertas maniobras encubiertas de privatización" de hospitales públicos y pide humanizar el sistema.
7. Opinión. Hay que mojarse por los inocentes. Silvia Churruca. Redactora jefe Diario Médico.

## **1.- La píldora postcoital se administra al año en España a unas 600.000 mujeres**

ABC, 4 diciembre 2007. DOMINGO PÉREZ. MADRID.

Durante las "Jornadas de actualización en medicina familiar" se presentó ayer un estudio que desvela que en España se dispensan anualmente unos 600.000 tratamientos de la píldora postcoital. Además, el informe revela que el 52% de las mujeres que solicitaron la medicación no utilizaban habitualmente ningún método anticonceptivo.

El perfil de las solicitantes resultó ser el de una joven de 24 años, que mantuvo una relación sexual de riesgo doce horas antes. Más de la mitad de las solicitudes se completaron durante el fin de semana (16% en sábado, 30% en domingo y 15% en lunes). Un 58,8% de las que tomaron la píldora del "día después" recurrieron a una vieja excusa para solicitarla al alegar la rotura del preservativo.

Pero al margen de lo llamativo de las cifras, éstas plantean algunas cuestiones polémicas. Por un lado, confirman lo que ya avanzaron estudios realizados en Gran Bretaña, donde este medicamento se estableció mucho antes que en España. Su implantación en el Reino Unido demostró una relación directa entre la facilidad para la adquisición de métodos postcoitales con el aumento de las tasas de embarazos no planeados, por lo tanto de abortos, como consecuencia de asumir un mayor riesgo en las relaciones sexuales. Además, se ha constatado que ese incremento del riesgo lleva asociado un aumento de las enfermedades de transmisión sexual.

Por último, queda por aclarar qué es en realidad la píldora postcoital. La tendencia oficial suele calificarla como "anticoncepción de emergencia" o "una forma de prevenir el embarazo si se han mantenido relaciones sexuales de riesgo".

Una "bomba hormonal"

Sin embargo, el profesor de Deontología Farmacéutica de la Universidad de Navarra, José López Guzmán, fue mucho menos eufemístico durante el V Simposio de la Asociación Española de Farmacéuticos Católicos: "Esta píldora actúa en la mayoría de los casos por un mecanismo antiimplantatorio y es, por tanto, abortiva".

La calificó de "bomba hormonal" y alertó de que su ingesta no está exenta de peligrosos efectos secundarios: "Puede provocar insuficiencia hepática, aumentar el riesgo de cáncer de hígado y páncreas, producir náuseas (42%) y vómitos (16%), sangrado vaginal (31%), vértigos o mareos (20%), dolor abdominal (15%), fatiga (13%), dolor de cabeza (10%), sensibilidad mamaria (8%), retraso de la menstruación (5%) y diarreas (3%)".

## **2.- Tribuna. La 'prescripción enfermera' desde la perspectiva de Facme**

Los autores muestran su apoyo al documento de trabajo presentado por el colectivo enfermero y que favorece la legalización de la práctica habitual que este personal viene desarrollando desde hace años en el tratamiento farmacológico de los pacientes.

José M<sup>a</sup> Lobos/África Mediavilla Martínez  
Diario Médico, 19/12/2007

El debate sobre lo que se ha denominado prescripción enfermera vuelve a estar de plena actualidad. El pasado 9 de mayo, la Federación de Asociaciones Científico Médicas de España (Facme) desarrolló en Madrid sus V Jornadas Científicas sobre el Papel de otros profesionales sanitarios en la prescripción, escenario en el que se debatió ampliamente el desarrollo de la disposición adicional duodécima de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos, así como otros temas relacionados con la ley.

En esta jornada, en la que participaron principales responsables de la Administración central, la profesión y las sociedades científicas, se debatió el documento presentado por la Consejería de Sanidad de Cantabria sobre prescripción enfermera, texto que ha sido utilizado junto con otros materiales aportados por otras autonomías y entidades para elaborar el documento de la Comisión Permanente de la Comisión de Farmacia del Consejo Interterritorial, conocido la pasada semana.

La postura de Facme es muy clara en este sentido y ya ha manifestado su apoyo a este documento de trabajo, aplicable a otras comunidades autónomas, el cual favorece la legalización de la práctica habitual que el personal de enfermería viene desarrollando desde hace años en el tratamiento farmacológico de los pacientes, tanto en el ámbito de la atención primaria como en el hospitalario.

Este documento contempla la autorización del uso de medicamentos en el paciente agudo, dentro de programas o protocolos ampliamente sustentados por la literatura científica y consensuados entre los profesionales con un claro enfoque multidisciplinar. El tratamiento del dolor postoperatorio constituye un buen ejemplo de esto.

### **Cuestión de receta**

Por otra parte, la prescripción de medicamentos por el profesional de enfermería podría hacerse de forma autónoma en el tratamiento de situaciones o condiciones clínicas leves como catarros, resfriados o síntomas leves gastrointestinales, entre otros.

Debe quedar claro que éstos no requieren receta médica para su dispensación en cualquier oficina de farmacia y, por tanto, parece más seguro su uso si está

avalado por un profesional cualificado que advierta también de posibles complicaciones, analice las limitaciones en una patología o situación concreta (ancianos, pacientes polimedcados, embarazadas) y evite la automedicación, que es una causa frecuente de problemas. Los tratamientos crónicos son el otro gran eje sobre el que pivota la tarea asistencial clínica desde la consulta, tanto en el primer nivel asistencial como en especializada.

Tras 25 años de desarrollo del modelo actual de atención primaria, basado en equipos de trabajo multidisciplinares, programas preventivos, protocolos y una cartera de servicios bien definida, a nadie le queda duda sobre el papel que desempeña la enfermera en la atención al paciente crónico o a las personas que presentan determinados factores de riesgo, que acuden periódicamente al centro de salud.

Parece una pérdida de tiempo innecesaria para profesionales y pacientes que haya que pasar por la firma del médico cada día cientos de recetas con la única finalidad de obtener su reembolso a través de la farmacia, los medicamentos previamente prescritos por él en tratamientos de larga duración. En el mencionado documento se propone autorizar al personal de enfermería para que pueda solicitar la dispensación o administrar sin el requerimiento meramente burocrático de la firma del médico.

La finalidad de esta propuesta no es desplazar a otros la excesiva carga burocrática de las consultas -para eso habría que introducir otros instrumentos como recetas multiprescripción de larga duración real y la receta electrónica, aún pendientes de desarrollar-, sino que el equipo de salud asuma y comparta en su conjunto las tareas asistenciales, incluido el control y el seguimiento de los pacientes crónicos, probablemente la tarea a la que dedica más tiempo el profesional de atención primaria (enfermera o médico) desde hace décadas, cada uno desde su posición y responsabilidad, visto como una excelente ocasión para mejorar el cumplimiento, e integrar las medidas no farmacológicas (alimentación, ejercicio, etc.) que deben estar plenamente integradas en el seguimiento.

La posición de enfermería en este ámbito, así como en el desarrollo e implantación de múltiples intervenciones preventivas (educación, información, consejo y detección de factores de riesgo o de hábitos no saludables) es inequívocamente privilegiada, como profesional sanitario más cercano a las personas, pacientes y familia, en todos los ámbitos asistenciales.

### **3.- La falta de rigor en su cumplimiento y en la inspección lastran la ley del aborto en España**

La OMC ha anunciado que se presentará como acusación particular en los casos sobre prácticas abortivas "en defensa de los valores éticos de la profesión". Es la última reacción a unos incidentes que han reabierto el debate y han puesto en tela de juicio los procedimientos para abortar. Los especialistas creen que el problema está en el cumplimiento de la ley.

Diario Médico, Gonzalo de Santiago 20/12/2007

Las investigaciones judiciales de los supuestos abortos ilegales en varias clínicas españolas han reabierto el debate sobre el aborto en nuestro país. La gravedad del caso ya ha tenido respuesta de la Organización Médica Colegial (OMC), que ha anunciado que se presentará como acusación particular "en defensa de los valores éticos y deontológicos de la profesión médica".

También se ha discutido una posible reforma de la Ley Orgánica 9/1985, de despenalización parcial del aborto, que prevé tres supuestos en los que el aborto no es punible penalmente. En dos de ellos se establecen plazos: cuando haya existido una violación -dentro de las 12 primeras semanas- o si se presume que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas -antes de las 22 semanas-.

El tercer supuesto es el más polémico, ya que permite el aborto para evitar un grave peligro para la vida o salud física o psíquica de la embarazada, y así conste en un dictamen de un médico de la especialidad correspondiente, distinto de aquél por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto. A este supuesto se acogen la gran mayoría de las embarazadas que desean abortar -según algunas estimaciones, el 97 por ciento-. Además, no hay ningún plazo para que se pueda alegar este daño, por lo que se producen abortos en avanzados estados de gestación.

"Este supuesto se ha convertido en un auténtico coladero", afirma Enrique Villanueva, catedrático de Medicina Legal, que ve especialmente grave "la emisión de certificados médicos falsos" y hace referencia a los casos de las clínicas investigadas, en los que se elaboraron a la medida de las gestantes. "A los médicos se les da una especie de poder notarial para certificar que lo que está diciendo la paciente es cierto y en estos casos se ha defraudado la confianza de la sociedad".

En su opinión, el problema no está en cambiar la legislación: "Existen leyes más que suficientes y además tenemos el Código Deontológico, que sanciona claramente este tipo de comportamientos. Cada profesional debe aguantar su responsabilidad". También pide una exhaustiva labor de seguimiento y control de "las comunidades, que deben vigilar periódicamente estos informes médicos". Asimismo, cree que los fiscales deben involucrarse en esta labor.

Juan José López Ibor, director del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico de San Carlos, considera que la Ley del Aborto ha buscado coartadas y que abusa de los profesionales sanitarios y de los científicos. "En el caso de los psiquiatras deja en sus manos decidir cuándo el nacimiento de un hijo es un verdadero problema de salud mental para la madre, cuando ni siquiera los médicos nos ponemos de acuerdo sobre los límites de la salud mental". Asimismo, en el caso de los científicos para decidir cuándo el feto es un ser humano, "cuando la ciencia no tiene respuesta para eso y los criterios suelen ser aleatorios". En su opinión, es muy difícil legislar el aborto, pero pide que la actual ley "se cumpla correctamente".

Según Luis Cabero, presidente de honor de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y vicepresidente de la Federación Internacional, en el caso de los supuestos abortos ilegales han fallado todas las estructuras corporativas médicas. "Debería estarse más encima. Las administraciones no cumplen con su obligación de seguimiento e inspección ni se sigue el código deontológico.

Ha habido una auténtica dejación de funciones". Cabero espera que se llegue hasta el final y "que se actúe también contra las gestantes". Además, se pregunta cómo pueden actuar así ciertos profesionales. "Se han cometido verdaderos asesinatos; matar a un feto de 7 y 8 meses es un auténtico infanticidio". El Código Penal prevé penas más bajas -prisión de seis meses a un año o multa de seis a veinticuatro meses- a las madres que produjeran su aborto o consintieren que otra persona se lo cause, fuera de los casos permitidos por la ley. Para los médicos, penas de cárcel de uno a tres años e inhabilitación especial.

Rogelio Altisent, presidente de la Comisión de Deontología de la Organización Médica Colegial, cree que el verdadero problema es que se ha actuado de manera delictiva y con falsedad documental. "Hay que actuar con energía, pues se puede trasladar a la sociedad la imagen de que el médico puede certificar lo que sea". En este sentido, instó a los políticos a intervenir.

#### **4.- Completada la lista de los miembros que componen el Comité Nacional de Bioética**

El pasado viernes -tal y como adelantó [diariomedico.com](http://diariomedico.com)- el Consejo de Ministros anunciaba los nombres de los seis miembros del Comité Nacional de Bioética que quedaban por nombrar para completar los doce previstos por la ley.

Diario Médico. Redacción 26/12/2007

A propuesta del Ministerio de Sanidad se ha nombrado a Carlos Alonso Bedate, doctor en Ciencias y profesor de Investigación ad honorem del Centro de Biología Molecular del Consejo Superior de Investigaciones Científicas; Carmen Ayuso, doctora en Medicina por la Universidad Autónoma de Madrid, y Yolanda Gómez, Miembro del Comité Internacional de Bioética de la Unesco.

Por su parte, el Ministerio de Justicia, el de Industria y el de Educación proponen a Jordi Camí, catedrático de Farmacología de la Universidad Pompeu Fabra; Victoria Camps, catedrática de Ética de la Universidad de Barcelona, y José Antonio Martín Pallín, magistrado del Tribunal Supremo.

Estos seis miembros se suman a los nombrados por las comunidades autónomas en el Consejo Interterritorial: César Nombela, catedrático de Microbiología de la Universidad Complutense de Madrid; Carlos Romeo Casabona, director de la Cátedra de Derecho y Genoma en Deusto; Marcelo Palacios, presidente de la Sociedad Internacional de Bioética; César Loris, jefe del Servicio de Nefrología del Hospital Miguel Servet de Zaragoza; Pablo Simón Lorda, de la Escuela Andaluza de Salud Pública, y María Casado, profesora de Filosofía del Derecho de la Universidad de Barcelona.

Mandato de cuatro años

Tal y como prevé la Ley de Investigación Biomédica, norma que prevé la forma de constitución del comité, el mandato de los doce componentes es de cuatro años renovables por una sola vez. La renovación se realizará por mitades cada dos años, salvo la primera, que será por sorteo.

La función de este órgano, de carácter colegiado e independiente, es reforzar las garantías éticas y sociales en las actividades relacionadas con la Biomedicina y las Ciencias de la Salud. En concreto, será el encargado de establecer los principios generales para la elaboración de códigos de buenas prácticas de investigación científica, aunque su desarrollo corresponderá a los comités de ética de la investigación.

Además, este órgano deberá representar a España en los foros y organismos surpranacionales e internacionales implicados en la Bioética. El comité deberá colaborar con otros comités estatales y autonómicos que tengan funciones asesoras sobre las implicaciones éticas y sociales de la biomedicina y ciencias de la salud y fomentará la comunicación entre dichos órganos.

## **5.- Tribuna. Aborto: inconstitucionalidad de una ley de plazos**

La doctrina del Constitucional sobre el nasciturus no le reconoce el derecho fundamental a la vida, pero sí que es un bien jurídico constitucionalmente protegido; de ahí que no haya sitio para el aborto libre aunque se fijen plazos. El autor recuerda que los controles previstos en el Código Penal han quedado derogados por una realidad de certificados psicológicos en blanco y un millón de seres humanos desaparecidos.

**José Luis Requero.** Magistrado y vocal del Consejo General del Poder Judicial DM,. 27/12/2007

Es algo que, tarde o temprano, iba a estallar. Algo se ocultaba tras la escalofriante cifra de casi un millón de abortos practicados, la gran mayoría al amparo de riesgo para salud psíquica de la madre. Intentos de investigar la realidad de ciertas clínicas abortistas no han faltado.

Al poco de promulgarse la ley la investigación realizada a un centro madrileño se saldó con el archivo y la persecución mediática del juez. Años después, esta vez en Albacete, se hizo otro tanto con el mismo resultado y con un agravante: el tribunal superior al acordar el archivo declaró la improcedencia de esas investigaciones por estar el delito de aborto "en entredicho".

Hemos vivido años de impunidad. España, convertida en centro del turismo abortivo, con publicidad escandalosa en la prensa por parte de unas clínicas convertidas en un sustancioso negocio.

Pero un reportaje de la televisión danesa y de la prensa británica mostraron que la realidad española era la del aborto libre en fraude de ley. El escándalo ha estallado en época electoral y los partidos hacen frente desde su interés. IU no ha dicho otra cosa que lo que viene defendiendo siempre: barbarie a plazos, y el PSOE se apunta a su pragmatismo tradicional, pues con años de pasividad y fraude tolerado ¿para qué abrir un debate sobre la ley de plazos? Se compromete a iniciar una reflexión.

Sin embargo, el panorama ha cambiado al perderse los temores a investigar la realidad del negocio abortista. Todo parece indicar que, transcurrido el periodo electoral y ya sin peligro de asustar al electorado moderado, bienpensante y cobardón (PSOE) o a un hipotético elector de izquierda moderada (PP), se irá a una ley de plazos, reforma que no procurará proteger al feto humano, al nasciturus, sino dar garantías y seguridad jurídica tanto a las clínicas abortistas como a las mujeres que acuden a sus servicios.

Pero una ley de plazos no encaja con la Constitución, no por una interpretación voluntarista, sino por la doctrina fijada por el Tribunal Constitucional en su sentencia 53/1985.

## El 'nasciturus' para el Constitucional

El vigente artículo 417 bis del Código Penal, añadido por la ley de 1985 al de 1973, dice que el aborto es delito salvo en tres casos: riesgo para la madre, riesgo de malformaciones del feto y violación. Antes, en esos casos se atenuaba o hasta se eximía de responsabilidad por inexigibilidad de una conducta distinta en la madre, y el "mensaje" era muy diferente: abortar era siempre delictivo, aunque se castigase con una pena mínima o hasta se excluyese la responsabilidad.

La ley del aborto introdujo un cambio radical no sólo legal, sino de mentalidad: ya no hay delito por determinación legal. Esto cala en la mentalidad de las gentes y no es lo mismo que un negocio pivote en la legalidad de su objeto que en su ilegalidad como punto de arranque, si bien con pena atenuada o con exención de responsabilidad. El Constitucional entendió que no es inconstitucional la inexistencia de responsabilidad penal en los tres casos del artículo 417 bis por ser casos límite.

Reconoce que el nasciturus no entra en el "todos" del artículo 15 de la Constitución, no le reconoce el derecho fundamental a la vida, pero sí que su vida merece tutela porque, si bien no es persona, tampoco es "algo". Sí es un "tertium existencial" respecto de la madre, y su vida un bien jurídico constitucionalmente protegido.

Todo cautela y ponderación: no se desprotege al nasciturus, se dice que el Estado debe abstenerse de interrumpir u obstaculizar la gestación, debe establecer un sistema de protección que incluya también la protección penal, pero que no tiene por qué ser absoluta, y de ahí que en casos límite no exigir a la mujer que siga con el embarazo sea constitucional y lo contrario sería excederse de lo normalmente exigible.

Se excluye la responsabilidad penal al colisionar la vida del nasciturus con otros bienes también de relevancia constitucional -la vida y dignidad de la madre-, luego es legítimo hacer ese ejercicio de ponderación de valores e intereses en conflicto. En definitiva, el legislador tiene un mandato de protección pero puede diseñar esa protección como estime pertinente.

La restante historia es ya conocida. De unos supuestos de no exigencia de responsabilidad criminal se ha pasado a hablar de derecho al aborto o de derechos reproductivos de la mujer. Derogados los controles previstos para constatar la realidad del riesgo para la salud física o psíquica de la madre, hemos pasado a los certificados en blanco, a los psicólogos de pega y a ese millón de seres humanos desaparecidos, futuribles que ahora engrosarían nuestra infancia y juventud.

Pero eso es otro tema. El caso es que de esa doctrina tan pudorosa, comedida y hasta aseada, lo que se deduce es que no hay sitio para el aborto libre aun en determinados plazos, pues no habría colisión alguna de intereses ni habría situación límite contrastada y objetivable.

## **6.- Bernat Soria rechaza "ciertas maniobras encubiertas de privatización" de hospitales públicos y pide humanizar el sistema.**

El ministro de Sanidad y Consumo, Bernat Soria, considera que los retos en Sanidad para la próxima legislatura serán que el Sistema Nacional de Salud (SNS) "siga existiendo" y rechaza "ciertas maniobras de privatización encubierta del sistema", en referencia a la gestión privada de hospitales públicos, al tiempo que apuesta por aumentar la cartera de prestaciones que ofrece el sistema público, empezando por la reducción de las listas de espera.

Europa Press. Alicante. 28/12/2007

Durante un vino de honor que ha ofrecido para los medios de comunicación en Alicante, Bernat Soria se ha referido a los retos de su cartera para la próxima legislatura. A su modo de ver, "hay un reto muy importante, del que a veces no nos damos cuenta, que es que el SNS continúe existiendo". A este respecto, ha dicho que es "con diferencia, uno de los mejores del mundo".

En este sentido, ha abogado por que el SNS sea "viable, sostenible y que persista", por lo que ha rechazado "ciertas maniobras de privatización encubierta del sistema", en relación a la gestión privada de centros sanitarios públicos, y ha pedido que sean "convenientemente identificadas y que los ciudadanos sepan lo que significa y lo que puede significar que la salud esté en manos de alguien que quiere hacer negocio". "La salud no es un negocio", ha apostillado.

Así, según ha añadido, "si aseguramos el sistema, que es lo más importante, eso sería el 80 o el 90 por ciento", después habría que "añadir prestaciones a la cartera de servicios, humanizar el sistema". En primer término, Soria ha subrayado que "como mínimo" haya los mismos servicios en todas las comunidades autónomas, y en segundo, respecto a la humanización, ha expresado su preocupación por las listas de espera, tema que, según ha dicho, "va a ser importantísimo en la próxima legislatura".

En referencia a este punto, ha indicado que el Ministerio de Sanidad es "el garante de la cohesión, la calidad y la equidad del sistema y las listas de espera dan una fotografía cada seis meses de que van mejorando", aunque "demasiado lentamente". Por ello, ha dicho estar dispuesto a "atacar muy en serio" este asunto, "sin que se pierda la calidad de los servicios".

## **7.- Opinión. Hay que mojarse por los inocentes**

Desde que aparecieron las primeras informaciones sobre las clínicas abortistas de Barcelona me rondaba la cabeza escribir una opinión, pero Diario Médico no se había hecho eco de lo ocurrido porque nuestra política es no escribir sobre sucesos y como tales consideramos esos hechos.

**Silvia Churruga.** Diario Médico, 28/12/2007

Sin embargo, en el momento en que las organizaciones profesionales se han manifestado al respecto, se convierte en materia informativa para el periódico de los médicos, máxime cuando se habla de la participación de algunos médicos en abortos en gestaciones de hasta 30 semanas y firmas de informes psiquiátricos en blanco.

La Asociación Española de Pediatría se ha pronunciado con contundencia: interrumpir el embarazo a partir de la semana 24 es, en cualquier caso, un infanticidio, no un aborto. Imposible pensar en una fecha mejor para comentar esta declaración que hoy, día de los Santos Inocentes. Creo que este paso adelante de los pediatras es de una coherencia absoluta. ¿Cómo podrían conjugar los avances de la neonatología con la pasividad ante el atentado contra sus potenciales pacientes?

Les confieso que no soy en absoluto imparcial ni objetiva en este tema. Cuando los pediatras recuerdan que actualmente los servicios de Neonatología sacan adelante niños más pequeños que algunos de los asesinados en esas clínicas, yo pienso en mi hija.

Icía nació hace tres años en el Hospital Clínico de San Carlos a las 26 semanas de gestación y con un kilo de peso. Durante mes y medio de ingreso comprobé el impresionante trabajo del equipo de neonatología, que logró superar la inmadurez pulmonar, una infección y complicaciones varias hasta entregarme el 31 de diciembre a una niña que no llegaba a los dos kilos pero en perfecto estado de salud.

Por mucho que lo pienso, no se me ocurre qué tipo de médico puede fríamente quitarle la vida a un niño. ¿Que está sin formar del todo? Mi hija tampoco lo estaba, pero como dijo alguien al verla: ¡Es impresionante que siendo tan pequeña sea perfecta! Así es la vida.