

Artículos Breves. Mes de Febrero 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.

Índice:

- 1.- Los europeos suspenden los cuidados a los dependientes
- 2.- El médico debe afrontar el duelo de los pacientes
- 3.- Once mil menores de edad han abortado en España en los últimos dos años
- 4.- El aborto y el regreso cultural. Alfonso López Quintás
- 5.- 24 fallecidos en Holanda al probar un nuevo fármaco
- 6.- Benedicto XVI: Por una ciencia con conciencia
- 7.- Extremadura. La denegación del trasplante exige alegar criterios médicos
- 8.- Terapias para gestantes. La industria farmacéutica ignora a las embarazadas
- 9.- Terapias para gestantes. Fármacos y embarazo: una cuestión ética
- 10.- ¿A quién pertenece el paciente que se encuentra en urgencias?
- 11.- A equidade na seguridade social. José Geraldo de Freitas Drumond

1.- Los europeos suspenden los cuidados a los dependientes

El 45 por ciento de los europeos considera que las instituciones ofrecen una insuficiente atención sanitaria a los pacientes dependientes, según el último eurobarómetro de la Comisión Europea.

Diario Médico. Redacción, 04/01/2008

La Comisión Europea ha publicado un eurobarómetro especial para conocer la opinión ciudadana sobre la actual asistencia sanitaria en la Unión, y en particular en la atención a dependientes. Pese a que los casi 29.000 europeos encuestados consideran excelentes los cuidados profesionales de las personas dependientes, el trabajo revela que casi la mitad (45 por ciento) siente que las instituciones, como las residencias, ofrecen insuficientes estándares asistenciales, lo que explicaría por qué la mayoría de los encuestados (76 por ciento) creen que el cuidado de los pacientes dependientes recae fundamentalmente en los parientes más cercanos. Otra de las razones puede vincularse al elevado coste del tratamiento profesional.

En este sentido, sólo el 31 por ciento de los europeos encuestados afirma que los costes son fácilmente asumibles. Además, no es de extrañar que alrededor del 70 por ciento estime necesario incluir estos tratamientos dentro de un seguro médico. El estudio muestra, además, que cerca del 50 por ciento de los europeos considera pobre, insuficiente e incluso abusivo el tratamiento que los ancianos dependientes reciben en su país. Asimismo, siete de cada diez opinan que estos pacientes tienen mayor riesgo de sufrir abusos o de recibir inadecuados tratamientos.

Estilos de vida

El eurobarómetro reserva un espacio al análisis de la calidad de vida de los ciudadanos de la Unión de los 27. Las estadísticas indican que tres de cada diez siguen las pautas para lograr un estilo de vida saludable, un porcentaje muy inferior al que resulta de sumar los adictos al tabaco (30 por ciento), los que sufren sobrepeso (20 por ciento) y los que toman demasiado alcohol (7 por ciento). En cuanto a los servicios sanitarios, siete de cada diez encuestados creen que la calidad hospitalaria, su disponibilidad y acceso son bastante buenos (56 por ciento), aunque un 20 por ciento suspende a los centros públicos de su país.

2.- El médico debe afrontar el duelo de los pacientes

Según revela un estudio de la Universidad de Granada, muchos facultativos no están preparados para afrontar la muerte de un paciente. Un curso forma en habilidades útiles para solventar esta carencia.

Diario Médico. Victoria Quesada Sacristán 04/01/2008

La situación de los pacientes en fase terminal no sólo genera sufrimiento, ansiedad y miedo en las familias, sino también en los profesionales sanitarios que les atienden. Ante esto "es necesario que los especialistas reciban formación desde la universidad", señala Francisco Cruz, coordinador del grupo de investigación Aspectos psicosociales y transculturales de la salud y la enfermedad, de la Universidad de Granada.

No todos los profesionales sanitarios están preparados para atender personalmente a los pacientes en fase terminal y afrontar el duelo, según revela un estudio realizado por la Universidad de Granada con el objetivo de conocer cuáles son las percepciones y emociones que afectan al facultativo cuando se enfrenta a la muerte de un enfermo. "Muchos se ven incapaces para resolver problemas prácticos: movilizar al enfermo en la cama, hablar con la familia y encargarse de algunas cuestiones burocráticas", indica Jacqueline Schmidt, coordinadora del trabajo.

El estudio, realizado con 916 estudiantes universitarios de Cuba y España con una edad media de 23 años, revela que los jóvenes cubanos están mejor preparados para afrontar la muerte que los españoles porque la asumen como parte de un proceso vital. "Piensan menos en el proceso por razones de superstición y porque son menos religiosos y la asumen como una parte más del proceso vital".

El 62 por ciento de los españoles procesaban alguna religión (de ellos eran católicos el 96 por ciento) y sólo el 29 por ciento de los cubanos eran religiosos.

"En España la enfermedad está mucho más medicalizada que en Cuba, por lo que la muerte se asume de una forma más traumática". Los cubanos evitan pensar y hablar de la muerte. Es una especie de mecanismo de defensa: "Lo que no entra en los pensamientos no existe". Así, llegado el momento, "son capaces de resolver cuestiones prácticas de mejor manera que los españoles".

Los facultativos españoles, tanto en el ámbito universitario como en el profesional, expresan mucho miedo al proceso del deterioro y a la muerte. "Consideran que son menos capaces de resolver cuestiones fundamentales en el momento del óbito, ya que están bloqueados".

Formación

Los resultados de la investigación destacan la necesidad de desarrollar herramientas útiles en el cuidado de los pacientes terminales y en el afrontamiento del duelo. Por ello, la Universidad de Granada ha puesto en marcha el curso Cuidados paliativos: aspectos psicosociales y transculturales para "dotar de competencias al médico en el trabajo diario", explica Schmidt.

El programa de formación facilita las habilidades e instrumentos necesarios para desenvolverse con normalidad tanto en el cuidado del enfermo terminal como en su posterior fallecimiento: la resolución de cuestiones burocráticas, la comunicación de malas noticias y el acompañamiento de la familia.

Según las escalas de afrontamiento ante la muerte, "los alumnos del programa de formación están mejorando su actitud en el cuidado del paciente y en el duelo", explica Schmidt.

También se imparte un módulo de formación continuada en el Hospital Clínico San Cecilio de Granada. "Este programa formativo debería impartirse para todos los alumnos del ámbito sanitario pues aunque poco a poco hay algunos avances aún estamos a años luz de implantar una medicina paliativa", destaca Cruz.

3.- Once mil menores de edad han abortado en España en los últimos dos años

JUAN FERNÁNDEZ-CUESTA. MADRID. ABC, 5 enero 2008-01-05

Once mil menores de edad abortaron en España en los últimos dos años, con un incremento del 4,2 por ciento en 2006 con respecto al año anterior. De ellos, más de 700 eran chicas residentes en el extranjero que accedieron a nuestro país para someterse a la interrupción del embarazo. De hecho, de las 3.383 mujeres residentes en el extranjero que abortaron en nuestro país el año pasado, 332 eran menores de edad, lo que supone prácticamente una de cada diez.

Entre los dos primeros grupos de edad (menores de 15 años y de 15 a 19 años), en España se contabilizaron casi catorce mil abortos. De ellos, 13.293 fueron de residentes en España, y la interrupción se produjo en su mayoría (87,7 por ciento) entre las primeras doce semanas de gestación. Todo lo contrario que entre las residentes en el extranjero, ya que más de la mitad de las 601 chicas que acudieron a España para "acabar" con su embarazo se encontraban en un muy avanzado estado de gestación, a partir de la semana 17.

Extremadura y Galicia

De las menores de 18 años, 11.244 se sometieron a una interrupción voluntaria del embarazo en los últimos dos años, y en 2006 el porcentaje sobre el total de abortos alcanzó el 5,84 por ciento, con diferentes visiones según cada Comunidad Autónoma. Cinco de las comunidades superan la media española, y en este caso no a todas se les puede introducir el elemento de la inmigración para comprender su situación. De hecho, el mayor porcentaje de abortos entre menores de edad con respecto al total de casos se dio el año pasado en Extremadura (un 9,27 por ciento), región que no tiene una gran carga de inmigrantes, como tampoco Galicia (6,88%).

Andalucía, Canarias y Comunidad Valenciana son las otras autonomías, y a éstas hay que añadir los casos de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, aunque con cifras en estos últimos casos no significativas. Y, por supuesto, las menores residentes en el extranjero, que en porcentaje suponen un 9,81 por ciento del total que vienen a España por ese motivo.

En 2006 el número de abortos alcanzó los 101.592, que se deben dividir en dos bloques: residentes en España y residentes en el extranjero. Hemos realizado una comparativa entre ambos grupos porque ciertas diferencias llaman la atención y pueden hacer comprender por qué y quiénes se desplazan de su país de residencia al nuestro con una misión: que alguien interrumpa su embarazo sin que se pueda encontrar problema legal alguno.

A partir de la semana 17

Por ejemplo, el 0,46% de los abortos entre las residentes en nuestro país corresponde a menores de 15 años, porcentaje que se eleva hasta el 1,27 en el caso de las extranjeras. Similar situación se vive entre las menores de 20 años. También son más las extranjeras que interrumpen su embarazo por primera vez (un 74,93%) con respecto al porcentaje de españolas: 68,66. Y un caso evidente se da en el tiempo de gestación, pues una de

cada tres extranjeras esperan hasta haber superado la decimosexta semana, y entre las residentes en nuestro país esa posibilidad se da en menos del 5 por ciento.

Casi un aborto cada cinco minutos (0,976), más de once a la hora, 278 al día y 8.466 al mes. Esa también es la imagen de España, que ha obtenido con los datos de 2006 encima de la mesa el mayor aumento conocido en tasa de abortos, al subir más de un punto (9,60 a 10,62) con respecto al año anterior.

Entre los números aportados se extraen muchas otras conclusiones. Por ejemplo, los casos entre mujeres casadas descienden de forma constante y casi en la misma proporción que crecen los de las solteras. También bajan, año tras año, las interrupciones entre las estudiantes, que han pasado de ser un 16,33 por ciento del total a un 10,75. Y, al contrario, entre las mujeres sin pareja casi se ha triplicado el número de abortos en los últimos diez años: de 4.501 a 12.890.

Una situación que llama la atención son las interrupciones del embarazo entre mujeres que tienen un hijo. En la actualidad, ya uno de cada cuatro abortos, con un incremento sin freno desde 1997 (del 18,64 por ciento al 24,72). Y en sentido contrario aquellas que aún no han dado a luz, que son menos de la mitad cuando diez años atrás suponían el 54,81 por ciento.

Si hablamos de número de abortos anteriores, casi se ha duplicado el porcentaje de mujeres que se someten al menos por tercera vez a la interrupción de su embarazo en la última década y en números absolutos ha pasado de 2.483 a 9.204. De hecho, en cinco regiones uno de cada diez casos es de personas que acuden por tercera vez a acabar con su gestación. Esa situación se ha producido en Aragón, Canarias, Castilla-La Mancha, Madrid y Murcia.

Entre universitarias

Por último, puede sorprender un dato que se extrae de los abortos a partir de la semana decimoséptima por nivel de estudios. El mayor porcentaje de abortos con respecto al total de los producidos en este apartado corresponde a las mujeres que tienen estudios universitarios (7,3 por ciento), y el menor (3,7 por ciento), a las analfabetas. En medio quedan las personas sin estudio, o las que han concluido el primer grado y el segundo grado.

4.- El aborto y el regreso cultural. Alfonso López Quintás

ABC, 5 enero 2008-01-05

ESTE tema debe ser tratado con toda serenidad, hablando a la inteligencia desde la inteligencia, sin enconos ni prejuicios, es decir, sin juicios previos infundados, inspirados más por la pasión que por el entendimiento; evitando términos ofensivos, aunque ciertas prácticas lesionen nuestra sensibilidad.

Por otra parte, la gravedad del tema nos urge a usar un lenguaje claro, preciso, que llame a las cosas por su nombre, sin afán de emboscar la realidad, por dura que sea. No es adecuado decir, por ejemplo, que se "interrumpe un embarazo". El término "interrumpir" sugiere una acción pasajera, como cuando se interrumpe una conversación para reanudarla después. En el caso del aborto, se anula para siempre un proceso biológico cuyo fruto iba a ser muy pronto, en cuestión de meses o semanas, un nuevo ciudadano, un ser dotado de plenos derechos y deberes.

Al tratarse de una cuestión muy seria -en la que se juega a diario la vida de multitud de seres humanos-, es ineludible y urgente llegar a convicciones firmes. Para ello, nuestro razonamiento ha de partir de hechos innegables, que todos los ciudadanos debamos aceptar, con independencia de nuestra filiación política y nuestras creencias religiosas. Sólo así tendremos un punto de partida común, sobre el cual edificar nuestro discurso. La discusión sobre el aborto se oscurece, a menudo, por apoyarse en vocablos muy ambiguos, que ningún área de conocimiento ha logrado clarificar de modo irrefutable. Se indica, a veces, que hasta el momento de la anidación no puede considerarse el feto como una persona. Pero no se alude siquiera al hecho de que el concepto de persona es difícilísimo de definir, debido a su interna riqueza. Mucho más lo es precisar en qué momento del proceso de gestación presenta el feto las características de un ser personal. No es razonable querer decidir la licitud o ilicitud del aborto en virtud de afirmaciones que hoy por hoy no podemos fundamentar debidamente. Hemos de basarnos en hechos ciertos, reconocibles por todos. Entre tales hechos figuran los siguientes.

1. Tras muchos vaivenes, la humanidad ha conseguido a lo largo de siglos incrementar el respeto a la vida, hasta el punto de que muchos países han renunciado a aplicar la pena capital incluso a los delincuentes más peligrosos. Esta actitud es considerada, generalmente, como un signo de verdadero progreso en humanidad, un avance en cuanto a madurez pues supone un ascenso de nivel. En el nivel 1 (el del control y el dominio), el procedimiento lógico para resolver los problemas de convivencia es alejar definitivamente de la vida social a quienes la lesionan de forma violenta. En el nivel 2 - el de la creatividad y el encuentro- se piensa que la vida humana es un don maravilloso, enigmático, del que la humanidad se siente depositaria pero no dueña. Disponer de una vida humana nos parece hoy una desmesura tal a multitud de personas que preferimos respetar la existencia de quienes parecen empeñarse en privarla de todo sentido. Nos mueve a ello, entre otras razones, la convicción de que el ser humano posee una capacidad de iniciativa suficiente para hacer posible una recuperación, por inverosímil que sea en ciertos casos.

2. Cuando acontece la concepción, se inicia un proceso asombroso que, de no ser alterado violentamente desde fuera, llega casi siempre a término y da como fruto un nuevo ser personal. Se trata de un proceso unitario -no dividido en fases

cualitativamente distintas, como se pensaba en la Edad Media- que aboca al nacimiento de un ser humano, merecedor -por derecho propio- de llevar un nombre -Juan, María...- y formar parte de nuestra sociedad con plenitud de derechos y deberes.

3. Echar a andar el proceso de gestación de un nuevo ser humano -con cuanto implica- es un acto que exige mucha responsabilidad. Ser responsable significa, en este caso, responder a la llamada que nos hace un valor. Los valores no sólo existen; se hacen valer. Una vida humana -aunque se halle en estado de formación- implica un valor, porque es una "fuente de posibilidades de diverso orden". Cuando uno responde positivamente a ese valor, se hace responsable de las consecuencias de tal respuesta; responsable, por tanto, de la nueva vida que vendrá pronto a incrementar nuestra comunidad de personas. Todo lo relativo a las fuentes de la vida merece un inmenso respeto, pues, al entrar en contacto con ellas, tocamos fondo en la realidad que nos sostiene a todos.

4. En ciertos casos, el feto presenta malformaciones que permiten presagiar en el futuro anormalidades graves. Aceptar a un hijo marcado con una tara que hará difícil o imposible una mínima calidad de vida supone un sacrificio notable por parte de los padres.

5. Los padres se hallan a veces en condiciones poco propicias para tener un hijo y atenderlo debidamente. a) son muy jóvenes y necesitan seguir formándose; b) aun siendo ya adultos, carecen de recursos económicos; c) cuentan con medios, pero quieren disponer de libertad para vivir la vida sin trabas; d) por diversas circunstancias no quieren reconocer en sociedad su condición de padres.

Frente a estos hechos, ¿qué actitud nos recomienda adoptar nuestra razón, con su capacidad de razonar, discernir y decidir libremente, con libertad creativa, inmensamente superior a la mera libertad de elegir arbitrariamente? La primera recomendación es no buscar razones para legitimar el aborto en contra de los derechos de seres indefensos y a favor de la "capacidad de maniobra" de los mayores. El respeto a la vida humana debe ser incondicional y absoluto. Razones para anular la vida no es difícil encontrarlas, porque el afán de dominio nos ciega para los valores y consideramos como válidas unas razones que están lejos de serlo. Una vez abierta esta vía del dominio y el manejo arbitrario de la vida de otros seres, pueden encontrarse razones para eliminar no sólo a quienes todavía carecen de voz y no pueden reclamar sus derechos, sino a quienes no se acomodan al modelo de "vida útil y justificable" que impongan los grupos más poderosos. Todo el que conozca la historia de la llamada "gran catástrofe humana" del siglo XX no podrá sino alarmarse ante el panorama que se abre ante nosotros cuando renunciamos a un logro de la Humanidad que debiera ser definitivo y, por tanto, intocable: el respeto incondicional a la vida humana en toda situación (punto 1).

Si adoptamos esta actitud respetuosa -lo que supone un avance en madurez-, no dudamos en movilizar la imaginación creadora para buscar soluciones viables y dignas a los problemas señalados en los puntos 4 y 5. La humanidad actual tiene en su mano multitud de medios para dar una salida digna a situaciones problemáticas. Lo saben bien quienes trabajan en asociaciones de ayuda a jóvenes desamparadas.

Considerar como signo de progreso la legalización del aborto y, en nombre del "progresismo", defender a ultranza la práctica más amplia posible del mismo denota una confusión mental sumamente peligrosa, pues nos hace regresar a épocas de un primitivismo cultural y moral que hoy nos abochorna. No olvidemos que la cultura consiste, radicalmente, en crear formas de unidad valiosas con el entorno, sobre todo con el humano. Lo verdaderamente culto es respetar incondicionalmente la vida humana. A este alto grado de cultura habíamos llegado. Con la práctica del aborto perdemos incomprensiblemente este bien de la Humanidad, más valioso todavía que los edificios, ciudades y parques naturales que consideramos como un "patrimonio universal" y cuidamos con sumo esmero.

5.- 24 fallecidos en Holanda al probar un nuevo fármaco

El Mundo. ISABEL FERRER - La Haya - 24/01/2008

Un ensayo clínico coordinado por el hospital Universitario de Utrecht y en el que se administraron probióticos (una mezcla de bacterias beneficiosas para el organismo) a 198 pacientes de un total de 296 aquejados de pancreatitis aguda, se ha saldado con la muerte de 24. Entre los que no tomaron el compuesto, murieron 9.

Los resultados, hechos públicos ayer, han sorprendido a los especialistas cuyo portavoz, Hein Gooszen, aseguró sentirse "destrozado y asombrado ante unas cifras excepcionalmente negativas" que están investigando. Todos los pacientes habían firmado su consentimiento para recibir el tratamiento experimental, al que se sumaron 15 centros médicos nacionales entre 2004 y 2007. Los fallecidos tenían la salud muy deteriorada antes de sumarse a la prueba.

La pancreatitis es una inflamación del páncreas que puede ser aguda, aguda severa o crónica y en la cual las enzimas pancreáticas destruyen su propio tejido. Un páncreas sano, fabrica y segrega enzimas digestivas además de las hormonas insulina y glucanón. En el caso de la prueba holandesa, los enfermos recibían las "bacterias amigas" de la solución probiótica por medio de una sonda gástrica.

Microorganismos similares a los utilizados se producen de forma natural en el yogur y otros derivados lácteos. Hasta la fecha, los ensayos de laboratorio se habían efectuado con ratones. Existen también en la literatura médica otros dos experimentos europeos parecidos con personas, aunque en menor escala (entre 40 y 60 pacientes), que arrojaron resultados esperanzadores. "En ningún caso hubo efectos adversos", aseguró Gooszen.

6.- Benedicto XVI: Por una ciencia con conciencia

Discurso a un congreso organizado, entre otros, por la Academia de las Ciencias de París

CIUDAD DEL VATICANO, lunes, 28 enero 2008 (ZENIT.org)

Señores cancilleres, excelencias, queridos amigos académicos, Señoras y señores: Con mucho gusto os doy la bienvenida al final de vuestro coloquio que se ha concluido aquí, en Roma, después de haberse desarrollado en el Instituto de Francia, en París, consagrado al tema "La identidad cambiante del individuo".

Doy las gracias ante todo al príncipe Gabriel de Broglie por las palabras de saludo con las que ha querido introducir este encuentro. Quisiera saludar al mismo tiempo a los miembros de todas las instituciones que organizan este encuentro: la Academia Pontificia de las Ciencias y la Academia Pontificia de las Ciencias Sociales, la Academia de las Ciencias Morales y Políticas de Francia, la Academia de las Ciencias de Francia, el Instituto Católico de París. Me alegra el que por vez primera se haya podido instaurar una colaboración interacadémica de esta naturaleza, abriendo el camino a amplias investigaciones interdisciplinares cada vez más fecundas.

En el momento en el que las ciencias exactas, naturales y humanas han alcanzado prodigiosos avances en el conocimiento del ser humano y de su universo, la tentación consiste en querer circunscribir totalmente la identidad del ser humano y de encerrarle en el saber que podemos tener. Para evitar este peligro, es necesario dejar espacio a la investigación antropológica, a la filosofía y a la teología, que permiten mostrar y mantener el misterio propio del hombre, pues una ciencia no puede decir quién es el hombre, de dónde viene o adónde va. La ciencia del hombre se convierte, por tanto, en la más necesaria de todas las ciencias. Es lo que decía Juan Pablo II en la encíclica "Fides et ratio": "Un gran reto que tenemos es el de saber realizar el paso, tan necesario como urgente, del fenómeno al fundamento. No es posible detenerse en la sola experiencia; incluso cuando ésta expresa y pone de manifiesto la interioridad del hombre y su espiritualidad, es necesario que la reflexión especulativa llegue hasta su naturaleza espiritual y el fundamento en que se apoya" (n. 83).

El hombre constituye algo que va más allá de lo que se puede ver o de lo que se puede percibir por la experiencia. Descuidar la cuestión sobre el ser humano lleva inevitablemente a negar la búsqueda de la verdad objetiva sobre el ser en su integridad y, de este modo, a la incapacidad para reconocer el fundamento sobre el que se apoya la dignidad del hombre, de todo hombre, desde su fase embrionaria hasta su muerte natural.

A lo largo de vuestro coloquio, habéis experimentado que las ciencias, la filosofía y la teología pueden ayudarse a percibir la identidad del hombre, que está en constante devenir. A partir de la cuestión sobre el nuevo ser surgido de la fusión celular, que lleva en sí un patrimonio genético nuevo y específico, habéis presentado elementos esenciales del misterio del hombre, caracterizado por la alteridad: ser creado por Dios, ser a imagen de Dios, ser amado hecho para amar. En cuanto ser humano, nunca está encerrado en sí mismo; siempre conlleva una alteridad y se encuentra desde su origen en interacción con otros seres humanos, como nos lo revelan cada vez más las ciencias humanas. No es posible dejar de evocar la maravillosa meditación del salmista sobre el

ser humano, formado en lo secreto del seno de su madre y al mismo tiempo conocido en su identidad y misterio únicamente por Dios, que le ama y protege (Cf. Salmo 138 [139], 1-16).

El hombre no es fruto del azar, ni de un conjunto de circunstancias, ni de determinismos, ni de interacciones fisicoquímicas; es un ser que goza de una libertad que, teniendo en cuenta su naturaleza, la trasciende y es el signo del misterio de alteridad que lo habita. Desde esta perspectiva el gran pensador Pascal decía que "el hombre sobrepasa infinitamente al hombre". Esta libertad, propia del ser humano, hace que pueda orientar su vida hacia un fin, que por sus actos puede orientarse hacia la felicidad a la que está llamado para la eternidad. Esta libertad pone de manifiesto que la existencia del hombre tiene un sentido. En el ejercicio de su auténtica libertad, la persona realiza su vocación; se cumple; da forma a su identidad profunda. En el ejercicio de su libertad ejerce también su responsabilidad sobre sus actos. En este sentido, la dignidad particular del ser humano es al mismo tiempo un don de Dios y la promesa de un porvenir.

El hombre tiene una capacidad específica: discernir lo bueno y el bien. Impresa en él como un sello, la sindéresis le lleva a hacer el bien. Movido por ella, el hombre está llamado a desarrollar su conciencia por la formación y por el ejercicio para orientarse libremente en su existencia, fundándose en las leyes esenciales que son la ley natural y la ley moral. En nuestra época, cuando el desarrollo de las ciencias atrae y seduce por las posibilidades ofrecidas, es más importante que nunca educar las conciencias de nuestros contemporáneos para que la ciencia no se transforme en el criterio del bien, y el hombre sea respetado como centro de la creación y no se convierta en objeto de manipulaciones ideológicas, de decisiones arbitrarias, ni tampoco de abuso de los más fuertes sobre los más débiles. Se trata de peligros cuyas manifestaciones hemos podido conocer a lo largo de la historia humana, y en particular en el siglo XX.

Todo progreso científico debe ser también un progreso de amor, llamado a ponerse al servicio del hombre y de la humanidad y de ofrecer su contribución a la edificación de la identidad de las personas. En efecto, como subrayaba en la encíclica "Deus caritas est", "El amor engloba la existencia entera y en todas sus dimensiones, incluido también el tiempo... El amor es "éxtasis", pero no en el sentido de arrebató momentáneo, sino como camino permanente, como un salir del yo cerrado en sí mismo hacia su liberación en la entrega de sí y, precisamente de este modo, hacia el reencuentro consigo mismo" (n. 6).

El amor permite salir de sí mismo para descubrir y reconocer al otro; al abrirse a la alteridad, afirma también la identidad del sujeto, pues el otro me revela a mí mismo. Es la experiencia que han hecho numerosos creyentes a lo largo de la Biblia, a partir de Abraham. El modelo por excelencia del amor es Cristo. En el acto de entrega de su vida por los hermanos, al darse totalmente, se manifiesta su identidad profunda y la clave de lectura del misterio insondable de su ser y de su misión.

Encomendando vuestra investigación a la intercesión de santo Tomás de Aquino, a quien la Iglesia honra en este día, quien sigue siendo un "auténtico modelo para quienes buscan la verdad" ("Fides et ratio", n. 78), os aseguro mi oración por vosotros, por vuestras familias, por vuestros colaboradores y os imparto con afecto la bendición apostólica.

7.- Extremadura. La denegación del trasplante exige alegar criterios médicos

Denegar la inclusión en la lista de espera para un trasplante debe basarse en criterios médicos, dice el Tribunal Superior de Justicia de Extremadura. El fallo aprecia discriminación en el informe médico que rechazó la petición de un menor con un retraso psicomotor.

Diario Médico.Marta Esteban 29/01/2008

La no inclusión de un paciente en una lista de espera para un trasplante debe estar motivada por causas médicas concretas. Así se desprende de una sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Extremadura que ha declarado nulo por discriminatorio el informe de un servicio de Nefrología infantil de un hospital público que denegaba a un enfermo la posibilidad de acceder a un trasplante de riñón.

El tribunal autonómico ha confirmado la sentencia del juzgado de primera instancia que dio la razón a los padres de un menor y rechazó las alegaciones de la Administración pública.

Según se declara probado en la resolución judicial, el paciente, menor de edad, que padecía una encefalopatía con retraso psicomotor, hipoacusia y amaurosis congénita, fue diagnosticado de síndrome nefrítico, por lo que se le derivó al servicio de Nefrología de un hospital de Madrid. Tras ser incluido en el programa de diálisis peritoneal por una insuficiencia renal terminal se le derivó a otro centro para que valorasen la posibilidad de entrar en lista de espera para un trasplante de riñón.

La solicitud fue rechazada por "no estar médicamente indicado". Según el informe de los facultativos, el trasplante "no mejoraría la rehabilitación, socialización y calidad de vida del paciente".

Además, la intervención supondría "riesgos importantes a corto y largo plazo, inmunosupresión y recidiva de síndrome nefrítico con una situación hemodinámica y clínica de difícil manejo".

Contra la denegación, los padres del menor interpusieron demanda ante los tribunales alegando que el informe de exclusión del paciente era discriminatorio y contrario al artículo 14 de la Constitución Española.

Patología congénita

La demanda fue estimada por el juzgado social en primera instancia al entender que el dictamen médico impugnado deniega la petición "con sustento no en criterios estrictamente médicos, sino en otras consideraciones ajenas a dicha ciencia, tales como lo que en reiterados informes se califica como patología multisistémica o de base, que no es otra cosa que el amplio elenco de enfermedades y padecimientos no renales que han impedido al paciente tener un desarrollo físico e intelectual propios de un niño de su edad biológica".

Las razones alegadas para rechazar la inclusión en la lista de espera conducen al juez a declarar la existencia de un "trato discriminatorio por razón de nacimiento, inadmisibles como causa de denegación de la prestación sanitaria".

El Tribunal Superior de Extremadura confirma la sentencia y desestima el recurso del Servicio Madrileño de Salud al considerar que la Administración sanitaria "no ha probado que la decisión médica adoptada fuera razonable, proporcionada y ajena a todo propósito atentatorio de derechos fundamentales".

El fallo, que publica El Derecho, aclara que la intervención con éxito no solucionaría sus padecimientos congénitos, pero "sí mejoraría su calidad de vida, pues además de solventar esta patología específica le evitaría los continuos desplazamientos para someterse a diálisis", por lo que condena a la Administración a realizar una nueva valoración médica del enfermo.

Valor judicial

Las sentencias que han analizado reclamaciones por rechazo de solicitudes para trasplantes son tan escasas que su doctrina adquiere mayor valor. Un juzgado de Sevilla condenó a la Administración a indemnizar a los familiares de un paciente que falleció, censurando que no diera prioridad al enfermo para someterse a un trasplante. Por su parte, el Tribunal Superior de Galicia declaró que denegar el trasplante por un riesgo elevado no es mala praxis (ver información).

8.- Terapias para gestantes. La industria farmacéutica ignora a las embarazadas

* Un trabajo denuncia en 'PLoS Medicine' "un vacío en los fármacos para las mujeres"

* La ELA, una enfermedad rara, tiene el doble de compuestos en desarrollo

El Mundo. Actualizado martes 29/01/2008 09:17 (CET) CRISTINA DE MARTOS

En las últimas dos décadas sólo se ha registrado un fármaco indicado específicamente para el embarazo y apenas 17 están en desarrollo, un número ridículo si se compara con el de otros sectores de la industria, incluidas algunas enfermedades raras. Cada año, más de medio millón de mujeres y siete millones de niños mueren por causas relacionadas con el embarazo y el parto.

Coste versus beneficio. Esta es la relación última que analiza una empresa. Las grandes inversiones en investigación y desarrollo de las farmacéuticas tienen una razón de ser: la expectativa de grandes ingresos por las ventas de sus productos. En un mercado que crece en torno al 6% cada año y que genera entre 20 y 25 medicamentos nuevos anualmente, el embarazo se ha convertido en un área de libre albedrío farmacológico con pocas garantías y menos opciones terapéuticas.

Esta es la instantánea que dibuja un trabajo publicado en la revista 'PLoS Medicine'. Dos datos: el 75% de las embarazadas toma al menos un fármaco cuya seguridad no está probada para este periodo, algo que no es de extrañar ya que sólo existen 10 compuestos aprobados con indicaciones para la gestación.

El tándem de autores, formado por Nicholas Fisk, profesor de medicina fetal de la Facultad de Medicina del Colegio Imperial de Londres, y Rifat Atun, profesor de medicina internacional en el mismo centro británico, realizó una búsqueda de 25 términos relacionados con la gestación en bases de datos de fármacos y ensayos clínicos con el objetivo de identificar cualquier producto destinado al tratamiento o prevención de complicaciones como la preeclampsia o la restricción del crecimiento fetal.

El resultado fue desalentador. 67 medicamentos cumplían estos requisitos y 40 carecían de uso, habían sido suspendidos o estaban inactivos a finales de 2007. De los 17 que se encontraban en fase de desarrollo, sólo nueve eran fórmulas nuevas. Esta escasez refleja "un vacío en los fármacos para las mujeres", como recalcan Fisk y Atun.

Este 'abandono' queda patente en su trabajo. Mientras que la industria está desarrollando 17 medicamentos para el embarazo, 660 con indicaciones cardiovasculares están en proceso y 34, el doble, para el tratamiento de la esclerosis lateral amiotrófica, una enfermedad rara que afecta a unas "20.000 personas en los siete principales mercados del mundo".

'Matando moscas a cañonazos'

El problema, más que la escasez de fármacos, es el desconocimiento de cómo y por qué aparecen determinados problemas. Esa es, al menos, la postura defendida por Eduard Gratacós, jefe de Medicina Materno-Fetal del Hospital Clinic de Barcelona. Esta falta de información se traduce en terapias que solucionan los signos o síntomas de una patología, como la hipertensión típica de la preeclampsia, pero no la raíz del problema.

Cada año se producen unos nueve millones de nacimientos en Estados Unidos y la Unión Europea. Un 2% será parto prematuro y un 20% provocado, el 3%-5% de las mujeres sufrirá preeclampsia (alteración hipertensiva) y un 0,5% hemorragia masiva tras dar a luz y alrededor del 3% de los fetos tendrá restricción del crecimiento. Pero el embarazo tiene una duración limitada y sus complicaciones desaparecen con él.

A pesar de que hay un volumen considerable de investigaciones en marcha sobre las complicaciones del embarazo, de la mayor parte de ellos se sabe bastante poco. "Al no conocer la fisiopatología de estas enfermedades no podemos saber qué necesitamos exactamente [para tratarlas]", señala Gratacós a elmundo.es. "Usamos terapias muy primitivas, pero en algunos casos estamos bastante cerca de la solución", añade.

Pero, cuando la ciencia llegue al origen de estos trastornos, ¿se podrán investigar los fármacos en las gestantes o existirán las mismas barreras?

9.- Terapias para gestantes. Fármacos y embarazo: una cuestión ética

Lo ocurrido con la talidomida sacó a relucir los peligros de algunos fármacos para el feto

El Mundo, Actualizado martes 29/01/2008 09:17 (CET)CRISTINA DE MARTOS

En la segunda mitad de los 50 muchas mujeres respiraron aliviadas porque por fin la ciencia había encontrado un remedio para las incómodas náuseas de las primeras semanas de embarazo: la talidomida. Nada se sabía de sus efectos teratógenos o, lo que es lo mismo, de su capacidad de provocar malformaciones en los fetos. A medida que fueron apareciendo casos, miles en todo el mundo, aumentó la psicosis.

Como resultado, la sociedad y las autoridades tomaron conciencia de la necesidad de 'probar' los medicamentos antes de que entrasen en el mercado e impulsó leyes en materia farmacológica. Paradójicamente, en el caso concreto de las embarazadas, estas medidas preventivas, junto con el temor a que suceda lo mismo que con la talidomida, han contribuido a que, por un lado, la investigación con este grupo sea casi inexistente y, por otro, a que aumente el consumo de productos no específicos (cuya seguridad y eficacia no está probada).

La solución, dados los peligros que conlleva testar un fármaco durante el embarazo, es garantizar que un compuesto X no tiene riesgos a través de la vigilancia posventa, es decir, a partir de su lanzamiento al mercado. Pero este método tarda años en alcanzar una conclusión lo que, apuntan Fisk y Atun, autores de un trabajo crítico con esta situación, "genera costes adicionales y cada vez más prohibitivos".

En manos de los comités de bioética

Esta es la mejor solución a la cuestión para Arturo López Gil, director de investigación clínica de Merck Sharp & Dohme España, los seguimientos que se hacen de los fármacos una vez se han puesto en el mercado. "La especial dimensión ética de la cuestión nos libra [a las farmacéuticas] de tener que probar medicamentos en embarazadas", señala a elmundo.es.

Pero esta vigilancia, cuyos resultados son registrados por las compañías, incluido el uso accidental o no de sus productos en mujeres gestantes, no supone cambios reales en sus fichas técnicas. Este paso último, la revisión del prospecto, depende de las autoridades reguladoras de los medicamentos como la EMEA en Europa o la FDA en EEUU, que poseen criterios muy estrictos, tal y como explica López Gil.

"La situación está enquistada y la única forma de que cambie es generar debate. Pero son los comités éticos los que deben hablar, no las farmacéuticas que no tienen mayor o menor interés en llevar a cabo estos ensayos clínicos", recalca. En su opinión, la falta de investigación en este campo se debe a estas cuestiones y no a un tema de beneficios.

10.- ¿A quién pertenece el paciente que se encuentra en urgencias?

Se suele decir que el problema de las urgencias es que se hace un mal uso de ellas, por excesivo, pero no se puede dejar de lado el conflicto organizativo que se desarrolla en el hospital entre los distintos servicios por saber quién es el responsable de los pacientes de urgencias.

Diario Médico. David Rodríguez Carenas 30/01/2008

Muchos problemas y un objetivo fundamental: evitar el aislamiento operativo del servicio de urgencias hospitalario en su propio centro, un obstáculo que Mariano Alcaraz, actual director médico del Hospital Universitario Puerta de Hierro, en Madrid, ya ha vivido en sus carnes, como señaló ayer en el III Encuentro de Gestión del Área de urgencias, organizada por Expansión Conferencias con la colaboración de Diario Médico y el patrocinio de BlackBerry.

Lejos de lo que pueda pensarse, "el problema no surge en la gerencia hospitalaria sino en las direcciones del resto de servicios del hospital, que piensan que se trata de un problema exclusivo de Urgencias. Si este servicio tiene quince pacientes que ingresar, lo tiene que hacer en las camas de otras áreas".

Víctor Manuel Pons y Francisco Socorro, del Complejo Hospitalario Materno Insular, de Las Palmas de Gran Canaria, han planteado una alternativa: no ingresar a los pacientes en el pasillo de urgencias sino en el de las áreas a las que van a derivarse, ya que "hasta que cada servicio no tiene allí a sus enfermos no se preocupa de ellos", según Pons.

Ante esta alternativa, Alcaraz ha señalado que eso ya se intentó en su hospital y no funcionó: "Prefiero ejercer presión de otra forma". Esa forma es el foro de gestión de camas, que se está poniendo en marcha en más centros y que consiste en una comunicación diaria entre los responsables de servicios clínicos, admisión, urgencias y atención al paciente/trabajo social, para conocer los problemas y la situación de cada uno. "Es fundamental el liderazgo del equipo directivo", para que haya un compromiso diario por parte de todos.

Una sensación

La situación de las urgencias es el ejemplo claro de que la necesidad agudiza el ingenio. Todas estas alternativas surgen en un servicio cuyo uso triplica la media europea -en palabras de Alcaraz- y donde "existe una sensación de masificación que en realidad está provocada porque la salida de pacientes es un cuello de botella por la falta de camas hospitalarias, que es un recurso caro, y una insuficiente derivación hacia atención primaria y a domicilio". Alcaraz ha señalado que ya se ha trabajado en tres posibles soluciones.

Una de ellas es intervenir sobre la demanda, donde la presunción de la gravedad es muy importante. Sin embargo, José Luis Casado, coordinador para la Implantación del Manual de Urgencias de la Consejería de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón, ha establecido ciertas precauciones: "No se puede saber si una dolencia es banal hasta que la ve un experto. Un dolor de espalda puede estar causado por una mala postura en la cama, pero también por un aneurisma".

Esta solución está en manos de la Administración, que a veces "utiliza el dato de que las urgencias están sobreutilizadas para aportar menos recursos".

La segunda alternativa es la intervención sobre la accesibilidad de la atención primaria, cuyo futuro es "compartir profesionales con urgencias", ha explicado Alcaraz. El problema es que "AP no tiene filtros ni recursos para hacer una adecuada derivación a Urgencias; es necesaria otra revolución dentro de este nivel asistencial".

Por último, ha hablado de las intervenciones administrativas, como el tiquet moderador y la zonificación, pero "ninguna de estas opciones son viables en nuestro país".

Solución en el hospital

Alcaraz ha lamentado que ninguna de las tres posibles soluciones hayan logrado el objetivo previsto, por lo que no queda otra que "centrarse en las intervenciones organizativas en los servicios de urgencias hospitalarios". Entre las medidas que se están tomando en este sentido, además del foro de gestión de camas, está el seguimiento de buenos indicadores de calidad y "contar con una unidad de observación que no se considere como un área de hospitalización intermedia ni de espera de hospitalización de pacientes con ingreso decidido".

Lo que está claro es que al paciente le da igual quién le asista, mientras se haga bien, y actualmente "la asistencia es precaria", según Alcaraz. Casado lo explica a su manera: "Los enfermos no son de urgencias sino de la Administración".

11.- A equidade na seguridade social

José Geraldo de Freitas Drumond

Presidente da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig).

Hoje em Dia. Brasil, 08 de Janeiro de 2008

O desenvolvimento tecnológico, associado às demandas da seguridade social, tem elevado enormemente o custo financeiro de sua manutenção, a despeito do que a arrecadação de impostos possa contrapor, gerando déficits orçamentários e desequilíbrios econômicos insustentáveis até mesmo para os países ricos.

Para a imensa maioria dos países, no entanto, é impossível adaptar o modelo de economia de mercado ao setor da Previdência Social porque seus povos ainda não alcançaram um nível de renda e qualidade de vida suficientes para propiciar a compra de benefícios de uma previdência privada.

Dentre as justificativas para que o setor público se comprometa diretamente com a prestação de serviços na área de saúde, uma é a falta de conhecimento do consumidor - no caso o paciente -, sobre o que vem a ser promoção da saúde: a maioria dos pacientes possui, em geral, uma mínima noção da importância de um tratamento continuado, adequado para um determinado número de enfermidades, impondo-se, então, ao Estado, a defesa do cidadão por meio da divulgação das informações necessárias para se evitar o mal. Outro fato é a insegurança acerca das várias intervenções para a promoção da saúde, em que é exigida a participação dos próprios membros da sociedade. Além disso, a presença de fatores que concorrem para a ampliação de determinadas enfermidades determina a necessidade de intervenções dirigidas para determinado paciente ou grupo de pacientes, que resultam em benefícios para o restante da sociedade, como tratamento adequado e efetivo das enfermidades transmissíveis ou casos em que se deve obrigar o cumprimento de determinadas regras, como acontece com as legislações de saúde ocupacional e vigilância sanitária.

Uma população submetida a um livre mercado de prestação de serviços de saúde e seguridade social poderá ter consequências danosas. É o caso dos pacientes idosos, com risco elevado de enfermidades crônicas, que podem ser abandonados pelo sistema já que nenhuma seguradora gostaria de associá-los. Por outro lado, as companhias de seguro que têm foco no ajuste por quantidade e na seleção de risco terminariam sendo as mais rentáveis, enquanto aquelas com maior preocupação social receberiam maior quantidade de consumidores de recursos, podendo sofrer grandes perdas e até quebrar financeiramente.

Nesta economia de mercado da saúde e previdência haveria importantes perdas sociais, já que os usuários que não se enquadrassem no interesse dessas companhias, ou que não obtivessem uma cobertura total, teriam como destino obrigatório um hospital público,

consumindo recursos destinados a todos, especialmente aos mais pobres, que não possuem outra alternativa ao sistema público.

Em outras palavras, o setor público acabará por subvencionar as seguradoras privadas. Por estas e outras razões, o modelo da chamada economia de mercado não atende, efetivamente, às teorias da justiça sanitária, no que se refere à equidade social. O grande desafio brasileiro será sempre o de oferecer ações de promoção e assistência à saúde que atendam minimamente às exigências da população, que possam ser materializados pela tríade da eficiência: maximização dos recursos públicos disponíveis, universalidade ou acessibilidade e qualidade dos serviços prestados.

As recentes alterações na legislação nacional determinando a obrigatoriedade de destinar um percentual dos orçamentos públicos para a saúde poderão significar uma mudança considerável, quiçá a viabilização definitiva do sistema público de saúde, de modo a atender eficientemente toda a população carente, seja pela melhoria dos equipamentos oficiais colocados à disposição da população (hospitais públicos, incluindo os universitários), seja pela promoção da saúde preventiva, seja pela melhoria da formação e remuneração dos profissionais de saúde.