

## Artículos Breves. Mes de Marzo 2006

### Indice:

- 1.- Colaboración y corresponsabilidad. Laura González Molero
- 2.- La muerte de una anciana demente reabre en Bélgica el debate sobre la eutanasia
- 3.- La cortina de humo del "bebé medicamento"
- 4.- Holanda: "Bebés medicamento", una decisión más emocional que racional. Elisa García González
- 5.- ¿Qué tienen de malo los bancos privados de sangre del cordón umbilical? Rafael Serrano
- 6.- Promotores y comités éticos reclaman un dictamen único en ensayos con medicamentos. Cristina G. Real
- 7.- Más de 200 facultativos españoles se adhieren al 'Compromiso del Médico de Familia' de la Camfic
- 8.- El suicidio asistido de la médico británica reaviva el debate sobre la eutanasia

### 1.- Colaboración y corresponsabilidad

**Laura González Molero.** Directora general de Serono España. Vicepresidenta de Serono para España y Portugal  
Diario Médico, 14/02/2006

Se oye cada vez más hablar de la insostenibilidad financiera del sistema sanitario, fundamentalmente por el incremento del gasto farmacéutico. Las medidas de control suelen recaer sobre la industria, algo que para la autora supone una falta de reconocimiento de la labor investigadora y generadora de riqueza de este sector.

Existe un acuerdo bastante amplio de que el sistema sanitario español es uno de los mejores del mundo si tenemos en cuenta su universalidad, su gratuidad e y la incorporación de las novedades terapéuticas. Pero también hay un consenso generalizado de que nos estamos aproximando a un peligroso punto de inflexión en el que el mantenimiento de las prestaciones, al ritmo constante que crece la demanda, pone en riesgo la sostenibilidad presupuestaria de la sanidad pública.

La aproximación a este punto de riesgo requiere que la política sanitaria se centre en la mejora de la gestión de los recursos disponibles abordando la problemática de manera global, algo que no se ha hecho hasta ahora de forma moderna y eficiente. Basta repasar las medidas adoptadas en relación con el control del gasto para concluir que se trata, en su mayoría, de soluciones de

urgencia que inciden en los capítulos de más fácil control, como es el caso de la partida farmacéutica.

Imputar a la industria la responsabilidad del control del gasto farmacéutico representa una grave equivocación puesto que, con su esfuerzo, las compañías farmacéuticas generan un valor social añadido mediante su labor de I+D+i. Sobre ellas recae la responsabilidad de buscar soluciones a nuevas patologías, mejorar el coste-beneficio de las ya existentes, dar respuesta a resistencias farmacológicas, mantenerse en permanente alerta para no bajar la guardia en la innovación y ser capaces de plasmar ésta en realidades concretas.

La industria farmacéutica investiga, desarrolla e innova. Su contribución ha hecho posible que en el último siglo la calidad de vida de las personas haya mejorado considerablemente. Por poner un ejemplo, el descubrimiento y desarrollo de los antibióticos ha supuesto la salvación de millones de vidas y convertir casi en síndromes menores a enfermedades que hasta no hace mucho eran mortales, o los fármacos contra la infertilidad humana, que en muy pocos años han hecho posible que la esterilidad deje de ser un drama lorquiano para miles de parejas de todo el mundo. Además del valor social, la industria farmacéutica crea puestos de trabajo, sostiene la formación continuada y contribuye a emprender campañas preventivas y de mejora de los hábitos de los ciudadanos.

Sin embargo, y a pesar de su importante contribución a la calidad de vida de los seres humanos, los prejuicios sociales y políticos contra el sector son evidentes. Por el momento, los responsables de las compañías parece que hemos fracasado al transmitir a la sociedad que el coste de las especialidades farmacéuticas no es un capricho sino el resultado de un esfuerzo que suele tener tras de sí años de investigación y millones de euros de inversión.

### Recuperar la inversión

Nadie duda del valor del medicamento y de la investigación, pero sí se cuestiona en numerosos foros que la industria quiera legítimamente recuperar la inversión que ha realizado y persiga la consecución de beneficios, ya que sin éstos es imposible sostener la I+D+i, que es el auténtico motor de esta industria. Se olvida el gran riesgo que lleva implícito el enorme esfuerzo inversor en este sector, y que existen numerosas líneas de investigación que no concluyen con éxito.

Con todo esto no quiero decir que deba eximirse a la industria de la participación en la búsqueda de soluciones para salvaguardar la sostenibilidad del sistema, sino que ha llegado la hora de abordar la problemática de una manera global que incluya la corresponsabilidad y la colaboración de todos los agentes implicados en el sistema. Es el momento de sentar las bases para el desarrollo y puesta en marcha de un pacto global. Pero nacerá muerto si se asienta exclusivamente sobre las premisas de la reducción del gasto farmacéutico a costa exclusivamente del proveedor o de la imposición de un sistema de copago.

Se trata de emprender un debate social para reformar la atención sanitaria pública y, por ende, una de las bases del Estado del Bienestar, un debate en el que la industria debe fundamentalmente comprometerse a que su I+D+i se oriente a criterios objetivos vinculados a aportar verdadera innovación, pero que también aborde otras cuestiones pendientes desde hace años, como los cambios en el reembolso por los fármacos.

El pacto debe abordar tanto los aspectos de reforma económica como los laborales, incluir fórmulas que promuevan la motivación de los profesionales, la garantía de una formación continuada de calidad y que respeten su autonomía de decisión terapéutica.

Un sistema sanitario que sea capaz de motivar a sus profesionales tiene mucho ganado en el camino hacia la sostenibilidad. Si además es capaz de implicar y contar con otro importante estamento sanitario como son los farmacéuticos, cuyo potencial no siempre es tenido en cuenta, habrá avanzado aún más en la línea de garantizar la viabilidad del sistema.

Los farmacéuticos pueden y deben jugar un importante papel en la sostenibilidad del sistema. Son una herramienta fundamental para la concienciación de la población en materias como el uso racional de los medicamentos, las campañas de prevención y control de enfermedades, el uso inadecuado de fármacos y un largo etcétera de posibilidades ligadas a la información y formación sanitaria de los usuarios.

Una población formada e informada en materia sanitaria es más responsable y usa de una manera más adecuada los recursos disponibles, pero también debe ser consciente de que su papel en el sistema no es sólo el de mero consumidor, puesto que la sanidad no es gratis y no todo es cuestión de subir los impuestos. Aunque políticamente la cuestión es muy controvertida e impopular, probablemente ya es hora de que las administraciones se planteen una reforma que contemple cambios en el reembolso que los usuarios hacen por los medicamentos o su participación en el coste de determinados servicios. Puede que la adopción de medidas de este tipo tenga repercusiones políticas negativas en el corto plazo, pero si se quiere mejorar la gestión de los recursos sanitarios, que no olvidemos que son limitados, habrá que empezar a perder el miedo para hacer comprender a la opinión pública que los servicios sanitarios no son gratuitos y que la salvación no está en el continuo control de la industria puesto que ésta, si acaba asfixiada, quizás se vea abocada a soluciones que perjudicarían no solo al tejido industrial, y por lo tanto al empleo, sino también a las inversiones en investigación que se realizan en nuestro país.

## **2.- La muerte de una anciana demente reabre en Bélgica el debate sobre la eutanasia**

Efe. Bélgica, 14/02/2006

El fallecimiento de una anciana de 87 años demente ha reabierto el debate sobre la eutanasia en Bélgica. La noticia surgió tras la revelación realizada por un médico de cabecera belga que admitió expresamente haber ayudado a morir a la octogenaria.

El médico de cabecera de la mujer fallecida lo cuenta en la revista médica Huisarts, en la que asegura que la mujer ya había pedido en numerosas ocasiones en sus momentos lúcidos que le ayudara a morir en su casa, y no en una residencia de ancianos.

La eutanasia está permitida en Bélgica bajo estrictas condiciones, pero en ningún caso puede aplicarse a personas dementes. A pesar de ello, el facultativo accedió a la demanda de la anciana porque quería "respetar la voluntad de la señora", según ha informado en su edición el diario flamenco De Standaard.

#### Lagunas legales

Al revelar su historia, el médico de cabecera quiso denunciar las supuestas lagunas existentes en la actual legislación y ha desatado de manera consciente un debate sobre la eutanasia en las personas con demencia.

El facultativo está indignado por el hecho de que la actual legislación permite poner fin a la administración de alimentos, líquidos o medicinas en casos de demencia, pero no prevé la posibilidad de ayudar a morir "de manera digna" mediante la eutanasia.

#### Eutanasia infantil

Bélgica, siguiendo el ejemplo de la vecina Holanda, despenalizó el 23 de septiembre de 2002 la eutanasia para los adultos en ciertos casos. Sin embargo, la infantil y la de personas con lesiones cerebrales o dementes no están contempladas en la legislación, aunque existen excepciones, como es el supuesto de las personas en coma.

El partido liberal flamenco (VLD), al que pertenece el primer ministro belga, Guy Verhofstadt, presentó en septiembre de 2004 en el Senado una proposición de ley para aprobar la eutanasia infantil y actualmente prepara otra en referencia a los dementes, según ha informado el mismo diario.

### **3.- La cortina de humo del "bebé medicamento"**

**La experiencia internacional indica que los resultados son poco alentadores**

Acepresa, 22-02-2006

Al informar sobre la aprobación en el Congreso de la nueva ley de reproducción asistida en España, se ha destacado como principal novedad que los padres podrán tener un hijo por fecundación artificial, seleccionado genéticamente, con

el fin de que sea donante compatible para salvar mediante un trasplante a un hermano que sufre una enfermedad incurable.

El recurso a este método ha dado lugar a un debate ético, por la destrucción de embriones que lleva consigo y por la instrumentalización del bebé como "medicamento" del hermano, en vez de ser deseado por sí mismo. Pero, en cualquier caso, se trata de una técnica compleja y sin seguridad de éxito, practicada hasta ahora en media docena de centros en todo el mundo. Por eso algunos expertos, como Maria Dolores Vila-Coro, del Comité Director de Bioética del Consejo de Europa, han subrayado que se están creando en padres angustiados falsas expectativas que difícilmente podrán ser cumplidas en estos momentos (cfr. Aceprensa 57/05).

El procedimiento exige, en primer lugar, estimular la producción de óvulos en la madre, para conseguir entre 10 y 20 óvulos que, una vez fecundados, se someterán a una selección genética: habrá que descartar los embriones que padezcan la misma enfermedad y los sanos que no sean histocompatibles con el hermano enfermo, para evitar un posible rechazo.

En uno de los reportajes sobre padres que han recurrido a estas técnicas, se dice de pasada que hicieron fecundar 28 óvulos, de los cuales solo 6 embriones resultaron compatibles con el otro hijo. Los otros se destruyeron ("El Mundo", 21-11-2004). De los que superen esta criba, algunos se implantarán en la madre. Y solo alguno de estos dará lugar a un embarazo. Este conjunto de factores (fecundación, selección genética, implantación, gestación) hace que la probabilidad de éxito sea muy baja. En otro reportaje de estos días se menciona a otra pareja que ha iniciado el tratamiento en un hospital de Bruselas. "Tras cuatro ciclos no ha habido suerte" ("El País", 17-02-2006).

Un estudio publicado el año pasado en JAMA (vol. 291, pág. 2079) mostraba resultados poco alentadores: de 199 embriones de 13 parejas se seleccionaron 45 y sólo nacieron 5 niños (cfr. Aceprensa 32/05).

Por otra parte, si la técnica se lleva a buen término y se realiza el trasplante de células del cordón umbilical o de médula ósea, las probabilidades de curación son también muy variables según el tipo de enfermedad. Su probabilidad de éxito para curar una enfermedad genética es del 75% al 90%, y del 30% al 50% para curar una leucemia, según explicaba el año pasado el Hospital Universitario flamenco de Bruselas (VUB), que el 18 de mayo anunció el nacimiento de los dos primeros bebés europeos seleccionados con técnicas de este tipo (cfr. Aceprensa 67/05).

En esa fecha, el VUB anunciaba que 61 parejas habían solicitado este tratamiento, 14 lo habían iniciado, 4 mujeres habían quedado encintas, una abortó y por fin se consiguió el nacimiento de dos bebés. "Hasta ahora no hemos conseguido curar a ningún niño de esta manera", reconocía un portavoz del VUB ("Le Monde", 19-05-2005).

Ante la incertidumbre de esta técnica y las objeciones éticas por la destrucción de embriones que conlleva, se están buscando otras soluciones. La

"Technology Review" (marzo 2005) comunicaba que los bancos de sangre de cordón umbilical en EE.UU. estaban alcanzando ya los 150.000 cordones, lo que se estima suficiente para satisfacer la compatibilidad del 80-90% de una población de 300 millones.

Al poner el acento sobre una novedad "terapéutica" para la que hay muy escasa demanda, se ha desviado la atención pública de los cambios más sustanciales de la reforma de la ley de reproducción asistida: generación de embriones con fines no reproductivos; vía libre para fecundar cuantos óvulos se quiera, con el resultado de la acumulación de embriones sobrantes; la posibilidad de investigar con los embriones sobrantes o los creados por clonación para este fin.

#### **4.- Holanda: "Bebés medicamento". una decisión más emocional que racional**

**Elisa García González**, Investigadora en el Departamento de Filosofía y Ética Médica de la Vrije Universiteit de Amsterdam  
Aceprensa, 22-02-2006

Amsterdam. La posibilidad de la producción de "bebés medicamento" se ha convertido en las últimas semanas en un tema de candente debate en Holanda. El Consejo de Salud publicó el pasado 18 de enero un informe para el gobierno que aconseja legalizar la producción de embriones "in vitro" como fuente de células madres para trasplantar a pacientes con enfermedades degenerativas. Hasta ahora la ley holandesa limita la aplicación de técnicas de fecundación artificial a fines reproductivos, aunque los embriones sobrantes pueden ser usados para investigación con el permiso de los padres.

El principal argumento aportado como justificación para la producción de embriones es el derecho de los padres a decidir racionalmente qué elementos técnicos están dispuestos a emplear para lograr la curación de un hijo enfermo. Partidarios del informe aducen que en una sociedad multicultural como la actual cada individuo debe determinar por sí mismo dónde están las fronteras de lo éticamente permisible, con la condición de que su decisión sea racional: bien meditada y basada en valores éticos personales.

El Consejo de Salud parte del supuesto de que los padres que recurren a esta opción como último recurso para intentar salvar la vida de uno de sus hijos han considerado detenidamente todos los pros y los contras y las consecuencias éticas de su decisión. En el caso de enfermedades de origen genético es el único modo del que se dispone para obtener un embrión sin el gen afectado que sea genéticamente compatible con su hermano enfermo. De todos modos, para asegurar la racionalidad de la decisión, los autores del informe recomiendan que los padres recurran a un "consejero" que les proporcione la información adecuada y les ayude a decidir de modo racional.

Aparte de que la valoración ética del obrar no depende del grado de racionalidad o la cantidad de células grises puestas en funcionamiento durante el proceso de decisión, el problema es que la teoría sobre este tipo de decisiones no se cumple en la práctica. El juicio de los padres ni es movido por la racionalidad, ni se identifica con ella.

Un análisis racional de las posibilidades de éxito de la técnica llevaría a un rechazo de la misma. La probabilidad de que un embrión "in vitro" posea un genoma sin alteraciones genéticas es del 1/16. Si se desean implantar al menos tres embriones en la madre hay que utilizar como mínimo 48 óvulos, lo que supone que la madre deba someterse a un tratamiento hormonal bastante fuerte. La probabilidad de que al menos uno de los embriones se implante con éxito y siga desarrollándose es del 20%. Además, en el caso de que el proceso tenga éxito, es posible que el enfermo no se restablezca completamente después del trasplante, debido a la cantidad limitada de células madres en el cordón umbilical, y haya que recurrir a un trasplante de médula con riesgos para el recién nacido.

Aunque el deseo de los padres es legítimo y puede estar bien fundamentado, la decisión tiene más de emocional que de racional. Estudios realizados en la Universidad Libre de Amsterdam sobre el modo en que los padres deciden la conveniencia de hacer un test prenatal -que en Holanda no está todavía incluido en el control normal del embarazo- demuestran que los padres se mueven sobre todo por motivos emocionales, como las repercusiones afectivas que un hijo minusválido podría tener en su vida y en la de otros miembros de la familia. El proceso de racionalización se pone en marcha una vez tomada la decisión para justificar lo que se ha decidido.

El deseo de utilizar todos los medios disponibles para aliviar el sufrimiento y evitar la muerte de un hijo es comprensible. Pero es necesario trascender las emociones de cada caso particular y tener en cuenta que las soluciones adoptadas repercuten en la imagen y el valor del hombre dentro de una sociedad.

## **5.- ¿Qué tienen de malo los bancos privados de sangre del cordón umbilical? En España se empieza a recurrir a ellos, y el Ministerio de Sanidad se opone.**

**Rafael Serrano**

Acepresa, 22-02-2006

La sangre del cordón umbilical (SCU) es rica en células madre válidas para tratar distintas clases de cáncer como linfomas o leucemias. Cada vez se les descubren más aplicaciones en medicina regenerativa, como sucede con otras células madre, con la ventaja de que estas son de las más fáciles de obtener. Ya en 2004 se hicieron en Japón más trasplantes con ellas que con las de médula ósea.

Como las células madre de SCU duran congeladas quince años o quizá más, se pueden usar para tratar al mismo niño del que se obtuvieron si después desarrolla una enfermedad, como un cáncer infantil, a no ser que el mal sea hereditario (p.ej., la anemia de Falconi), pues en tal caso las células madre tendrían el mismo defecto genético. Y si las células valen pero el mismo niño no las necesita, pueden servir para otra persona genéticamente compatible, que puede ser incluso alguien sin relación de parentesco, aunque eso es mucho menos probable.

Se comprende, pues, que cada vez más padres quieren conservar la SCU para su mismo hijo o un familiar, aunque depositarla en un banco privado cuesta 1.500 euros o más. Podrían donarla a un banco público, pero entonces no la tendrían reservada para uso propio. Ciertamente, la probabilidad de que lleguen a necesitarla es muy pequeña; pero lo mismo ocurre con otras muchas eventualidades para las que la gente contrata pólizas de seguro: muerte en accidente, incendio... Además, el sistema público español no cubre el transporte si en el lugar del parto no hay banco, mientras que los privados se encargan de todo. En el caso de clientes españoles, tienen que trasladar la SCU al extranjero, porque en España solo están autorizados los bancos públicos. Uno privado que empezó -dicen sus responsables- con todos los permisos fue cerrado por la autoridad en cuanto se divulgó el caso.

Y es que a la Administración española le parece muy mal que la gente contrate esos servicios. El Ministerio de Sanidad se apresuró a asegurar que la Ley de Trasplantes no los permite, y por si hubiera dudas se ha puesto a preparar un decreto para prohibirlos expresamente. El Sistema Nacional de Trasplantes, dependiente del Ministerio, se opone porque contradicen los principios básicos de la donación, consignados en la Ley de Trasplantes: altruismo y que no haya ánimo de lucro.

Guardar la SCU del hijo no es una pura manifestación de altruismo, aunque no lo excluye: quien guarda células a sus expensas también podría donarlas si valieran para otro. Con 20.000 muestras de SCU en el sistema público español, los bancos privados -con unas decenas de clientes en el país, hasta ahora- no son "competencia", y si se permitieran en España, podrían sumarse al conjunto. Cuantas más muestras haya en bancos, público o privados, mayor es la probabilidad de encontrar células válidas para quien las necesite.

Donde sí hay ánimo de lucro

En todo caso, no se puede prohibir a nadie que conserve la SCU donde quiera, ni se ve cómo puede eso ser ilegal. La Ley de Trasplantes impone la gratuidad para impedir el tráfico de órganos; pero el depósito de SCU en un banco privado, aunque tenga precio, no es venta de células. Si al Ministerio le preocupa el posible tráfico de material biológico, haría mejor en mirar a otro sector, donde el riesgo es real y el ánimo de lucro evidente. Las clínicas de reproducción asistida recurren a la donación de gametos, que por ley ha de ser gratuita; pero se permite una compensación por las molestias, por donde se puede colar el tráfico.



En el caso de la donación de óvulos, las molestias de la estimulación ovárica son importantes. Entre el 0,3% y el 5% o más de las mujeres sometidas a ese procedimiento sufren complicaciones como dolor severo, fallo renal o riesgo de quedar infértiles, explica la Prof. Natalia López Moratalla en una entrevista para el semanario "Alba" (27 enero-2 febrero 2006). Por eso, añade la profesora, "las mismas molestias de la multiovulación para la mujer que quiere ser madre se consideran lo suficientemente fuertes para que las clínicas de fecundación "in vitro" congelen los embriones en vez de repetir el tratamiento y la punción". En el caso de una donante, hará falta una poderosa motivación o una satisfactoria compensación por las molestias.

El peligro de tráfico encubierto no sería para preocupar si la donación de óvulos fuera rara. Pero resulta que España es el país europeo donde más se practica, con gran diferencia: en casi el 11% de los ciclos de reproducción asistida, según muestran los datos recopilados por la ESHRE (Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología; cfr. "Assisted reproductive technology in Europe, 2000", en "Human Reproduction" 19 [2004]: 490-503). En España, que registra el 5% de los ciclos que se realizan en Europa, los ciclos con óvulos donados (cerca de 1.600 en 2000) son el 24% del total del continente.

El actual equipo del Ministerio de Sanidad ha redactado la última reforma de la ley de reproducción asistida, que da vía aún más libre a las clínicas del ramo. Permite la criba eugenésica de embriones para hallar "bebés medicamento", generar embriones sin finalidad de reproducción, la clonación "terapéutica", crear híbridos de humano y animal y casi cualquier uso de los embriones. Son prácticas por las que se cobra o que pueden reportar beneficio económico. Resulta paradójico que los mismos promotores de este "laissez-faire" se erijan en campeones del altruismo cuando algunos pagan para conservar sus células.

## **6.- Promotores y comités éticos reclaman un dictamen único en ensayos con medicamentos**

Cristina G. Real

Diario Médico, 27/01/2006

El real decreto que regula la realización de ensayos clínicos con medicamentos probablemente podría mejorarse, pero la transposición de la normativa europea que lo inspira en otros países permite unos plazos mucho más competitivos para el comienzo de los ensayos.

Representantes de comités éticos de investigación clínica (CEIC) y promotores de ensayos (industria farmacéutica) coinciden en la necesidad de trabajar de acuerdo e implantar el dictamen único del comité de referencia como medio para agilizar y simplificar un proceso que parece haberse complicado desde la entrada en vigor del real decreto que regula la realización de ensayos clínicos

desde hace año y medio. Así lo manifestaron ayer unos y otros durante una jornada organizada para plantear Soluciones al Proceso de Evaluación de los Ensayos Clínicos por la Fundación para la Investigación en Salud en el Hospital Clínico de Madrid.

La falta de confianza de los distintos comités éticos participantes en un ensayo con respecto al dictamen del comité de referencia se apuntó como la razón principal por la que se impone el dictamen por reconocimiento mutuo, que retrasa todo el proceso e impide la puesta en marcha de los ensayos en el plazo que marca la directiva europea. Como denunciaron también representantes de los dos colectivos en una reunión similar celebrada hace unos días, en definitiva estos retrasos se traducen en una importante pérdida de competitividad de España con respecto a otros países (ver DM del 24-I-2006).

Tiempo es futuro

Para Gonzalo Hernández, director médico de Pfizer, con el tiempo se pierde valor, porque "el tiempo es futuro en investigación clínica, en competitividad, en inversión en I+D y, sobre todo, es futuro para los pacientes".

"Si solucionamos el problema del reconocimiento mutuo y logramos unificar variables como los contratos, arreglaremos el problema del tiempo, y ahora estaríamos discutiendo un segundo paso dirigido a conseguir un verdadero tejido institucional en investigación clínica traslacional", añadió Hernández.

Entre las propuestas de mejora, Xavier Carné, del CEIC del Hospital Clínico de Barcelona, apuntó que los CEIC implicados en un ensayo deben focalizar su evaluación en diferentes aspectos, dejando al de referencia la tarea de "evaluar los aspectos metodológicos, éticos y legales en nombre de todos, así como la comunicación de modificaciones relevantes. El CEIC de referencia debe, asimismo, recibir las notificaciones de reacciones adversas posiblemente relacionadas de toda España".

"Estamos todavía en disposición de ser competitivos, pero no tenemos mucho tiempo; hay que alcanzar un consenso", concluyó Carné.

Miguel Ángel Salcedo, director de MSD Pharma Services, comparó la situación de España con la de Bélgica, "un país de nuestro entorno, pequeño, con tres regiones diferentes y distintas lenguas. Tras la implantación de la directiva europea, en Bélgica se pueden dar autorizaciones para iniciar una fase I en 15 días y la fase II en 28, frente a los 140 días de media en España, de acuerdo con la encuesta realizada por la Asociación de Médicos de la Industria Farmacéutica Española".

En definitiva, todos insistieron en la necesidad de contar con una figura coordinadora que sustituya a la labor que desempeñaba el propio promotor antes del real decreto.

El decreto está bien; su aplicación, no

"La interpretación y aplicación del Real Decreto 223/2004 -la regulación vigente para los ensayos clínicos con medicamentos- admite, sin modificarlo, cambios relevantes en el modelo actual de funcionamiento", aseguró Cristina Avendaño, presidenta del CEIC del Hospital Puerta de Hierro, de Madrid, durante su intervención ayer en la jornada de Fuinsa, en la que también subrayó la necesidad de avanzar hacia la interpretación única de los aspectos relativos a los ensayos por parte de todos los comités y comunidades autónomas.

José Luis Bravo, director médico de Schwarz Pharma, explicó que "estamos ante un nuevo entorno legislativo en el que cada implicado juega un papel. Es clave para el éxito del conjunto de la investigación clínica evitar malentendidos y protagonismos que llevan a un aumento de plazos y a la dramática consecuencia de la pérdida de competitividad de España a pasos agigantados". En cualquier caso, opinó que no es necesario modificar el decreto, sino "entender correctamente lo que dice, que se ha mostrado válido en otros países del entorno".

## **7.- Más de 200 facultativos españoles se adhieren al 'Compromiso del Médico de Familia' de la Camfic**

Diario Médico, Daniel Arbós. Barcelona, 27/01/2006

El documento Compromiso del Médico de Familia, elaborado por la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (Camfic), ha recibido la adhesión de más de 200 facultativos de toda España en los tres meses que lleva colgado en internet ([www.camfic.org](http://www.camfic.org)), según ha informado la organización.

El texto fue elaborado por el Grupo de Ética de la sociedad, "tras un proceso de gran participación y reflexión", y se aprobó en el XIX congreso de la Camfic que se celebró en junio en la Seo de Urgel.

El trabajo recoge en siete puntos los valores que acepta el médico de primaria como esenciales en su relación con los pacientes: la dedicación, "haciendo de la atención a la salud de los usuarios el centro de mi interés profesional"; el respeto "a su dignidad, a su derecho a decidir y a su intimidad, guardando siempre secreto de la información"; proximidad, "tratándole con calidez, estimación, cortesía y respeto"; lealtad, "dándole información clara y sincera de sus problemas de salud, las opciones, riesgos y beneficios, y mi consejo, atendiendo sus necesidades y teniendo en cuenta cuáles son sus creencias".

El resto de los puntos inciden en la prudencia, "no actuando sin información adecuada, ni recomendando acciones poco probadas, de utilidad o seguridad dudosas o que aporten más riesgo que beneficio"; la equidad, "tratando a todos los pacientes con el mismo interés y haciendo buen uso de los recursos que tengo", y la honradez, "manteniendo mis conocimientos al día, consultando,

cuando sea necesario, a otro médico y evitando que mis intereses alteren ese compromiso".

Los impulsores de la declaración, la primera de este tipo que elabora una sociedad médica en España, confían en seguir sumando adhesiones de todos aquellos médicos de familia españoles que "se reconozcan en el espíritu del documento".

## **8.- El suicidio asistido de la médica británica reaviva el debate sobre la eutanasia**

Diario Medico, 27/01/2006 Redacción

La decisión de una mujer británica, todavía en uso de sus facultades físicas y mentales, de poner fin a su vida en una clínica suiza especializada en suicidios asistidos ha reavivado el debate en el Reino Unido sobre la eutanasia voluntaria.

La médica Anne Turner, de casi 67 años, consciente de sufrir una parálisis paraneuronal progresiva, acudió con sus hijos a la polémica clínica Dignitas, de Zúrich.

Según Europa Press, el suceso ha reavivado el debate en el Reino Unido en torno a la eutanasia. Mientras que la médica, entrevistada por televisión antes de poner fin a su vida tras ingerir una sustancia letal, se lamentó de que las leyes británicas impidiesen a personas como ella morir en casa "en lugar de en un país extranjero", el obispo de Oxford aseguró que no siempre es justo acceder a los deseos de las personas y que la vida humana "no tiene precio". "No diríamos que sí a la petición de un adolescente si pidiera ayuda para suicidarse", declaró.

La doctora explicó lúcidamente que había decidido acabar con su vida en ese momento porque aún se encontraba en condiciones de tomar un avión y no quería ver empeorar su estado hasta el punto de que en algún momento no pudiese siquiera tragar los barbitúricos con que poner fin a sus sufrimientos. Cuando se le diagnosticó la enfermedad en 2004 estaba aún en una fase precoz, y Turner podía caminar, comer y comunicarse todavía sin ayuda ajena, aunque con problemas.

La emisora BBC, a la que la propia Turner había pedido que la acompañase en sus últimos momentos, mostró cómo la afectada llegaba a la clínica por su propio pie, para luego desaparecer tras una puerta y, lejos ya de la cámara, ingerir los barbitúricos que iban a provocar su muerte en media hora.

Anne Turner, cuyo marido, también médico, murió en 2002 como consecuencia de una enfermedad degenerativa, había intentado suicidarse ya el pasado mes de octubre ingiriendo somníferos y antidepresivos, y al no conseguirlo optó por ponerse en contacto con la clínica Dignitas.