

Artículos Breves. Mes de Abril 2010

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 de diversos medios de comunicación que pensamos es oportuno conocer.

Índice:

- 1. Consideraciones y reflexiones sobre la acción médica y la huelga de hambre. José Miguel Serrano Ruiz-Calderón.**
- 2. La ley del aborto abre una etapa difícil para la libertad de conciencia del médico.**
- 3. Europa autoriza el cultivo del primer transgénico en 12 años.**
- 4. Cambiar valores en la profesión, imprescindible. No saber gestionarlos reduce la calidad asistencial**
- 5. España impulsará un documento internacional de ética para prácticas médicas.**
- 6. "Hay cuestiones éticas en trasplantes de órganos complejos que están sin resolver"**
- 7. España, paraíso europeo de los transgénicos**
- 8. "Es necesario un rearme ético para abordar las enfermedades desatendidas"**
- 9. ¿Donaría un riñón por dinero?**
- 10. La certera objeción de conciencia a la PDD. Isabel Viladomíu.**
- 11. Sobre los aspectos científicos de la nueva ley del aborto**
- 12. Miles de vidas se salvarían si todos fueran como el mejor. Clasificación de los 100 mejores hospitales de USA**

1.- DEBERES DEONTOLÓGICOS DEL PROFESIONAL. Consideraciones y reflexiones sobre la acción médica y la huelga de hambre

José Miguel Serrano Ruiz-Calderón.

Diario Médico, 2 de Marzo de 2010.

El autor analiza las diferencias entre la huelga de hambre que ha llevado a la muerte al disidente cubano Orlando Zapata y las acaecidas en nuestro país con casos de terroristas o de la activista Aminatu Haidar. Suscribe la doctrina del Tribunal Constitucional ante las huelgas de hambre, cuya finalidad era asegurar la correcta asistencia médica.

Cierta frivolidad sobre la muerte, la resistencia ante la tiranía y los propios fines de los tiranos han tergiversado todo el debate sobre la acción médica ante una huelga de hambre. Recuerdo que con el caso de la resistente saharauí Aminatu Haidar hubo expertos que redujeron todo el problema a una simple aplicación de la famosa regla de autonomía, leída unilateralmente, como si la muerte como resultado directo fuera un tratamiento, la discusión sobre un tratamiento o la no iniciación de un tratamiento.

El caso del disidente cubano, Orlando Zapata, su huelga de hambre, su vida y su muerte ha aclarado mucho y puede servirnos para reflexionar sobre la trivialización que hemos sufrido en España, impulsados por los trivializadores de la "muerte digna", asociados o por asociar, e incluso por los trivializadores de la huelga de hambre como instrumento político.

La huelga de hambre de Zapata es clásica en su inicio y su desarrollo. Último recurso del individuo frente a la acción del Estado brutal, la huelga de hambre tiene una amplia tradición como acción ética y justificada, como elemento básico de la resistencia civil. No debe confundirse entonces con la acción del grupo terrorista que abre un frente de huelgas de hambre, como en el caso de De Juana Chaos, mientras mantiene la presión criminal de los atentados en otro frente.

La huelga, recurso de dignidad

Sabemos, al menos desde Solschenitzin y su archipiélago, que la huelga de hambre vale poco frente al Estado totalitario, que te aplasta en el secreto de la celda, pero que es el último recurso de la dignidad y puede servir frente al Estado posttotalitario que teme a veces eso que se llama la opinión. Ciertamente es que en algunos países como el nuestro el agitpro y la indiferencia juegan a favor del Estado posttotalitario, como si nuestra función fuera no irritar al tirano para que complacido sea menos tirano o al menos mantenga la llama sagrada de la ideología.

* La huelga de hambre vale poco frente al Estado totalitario, que te aplasta en el secreto de la celda, pero constituye el último recurso de la dignidad

Zapata ha caído víctima del peculiar totalitarismo caribeño que oscila entre el puro estalinismo y las épocas del socialismo real que dieron lugar a movimientos como Carta 77. Un rostro apenas humano que se muestra

vendiendo presos a España, como si Cuba fuera la máquina de secuestro y extorsión de sus propios ciudadanos.

Una doctrina acertada

Cuando nuestro Tribunal Constitucional se planteó la acción ante la huelga de hambre, o más específicamente la acción médica durante una huelga de hambre, muchos criticaron la insistencia en la responsabilidad de la Administración penitenciaria como justificación de la asistencia médica.

Parecía que fundamentar la alimentación por sonda y los mínimos cuidados en la especial responsabilidad del Estado respecto al preso debilitaba, por un lado, la necesidad de acción en casos normales y, por otro, limitaba la libertad del preso.

El razonamiento del Constitucional, sin embargo, no giraba en el vacío. Cualquiera que supiese sobre huelgas carcelarias de uno u otro tipo concordaría en que lo principal desde el punto de vista de la acción del Estado y de la protección del preso era asegurar la correcta asistencia médica.

* En el totalitarismo no hay conciencia ni deontología, un aviso ante las pretensiones de quienes hablan de que basta una ley para superar cualquier duda

A la vista del comportamiento de los estados totalitarios y aún autoritarios, desde la conflictiva relación entre derechos civiles y realidad jurídica española, esto es esencial y el tribunal acertó claramente en su juicio. Más aun cuando el juzgador de instancia había aclarado con acierto que el cuidado para el que se solicitaba autorización no tenía nada que ver con la brutal y vieja alimentación forzosa, que tanto rechazo provocaba en el tradicional análisis de las huelgas de hambre. Recuérdese que en numerosos casos especialmente en el Estado soviético se llegó a las palizas, al embudo o a quebrar los dientes.

Si miramos la realidad del trato en el sistema autoritario o totalitario vemos que el problema que se plantea ante la huelga de hambre no es tanto el límite deontológico entre cuidado, tratamiento y autonomía como la conversión del médico en un verdadero "médico de los esclavos".

Es decir, la realidad de la tentación que observamos es que el médico en el tratamiento al preso puede convertirse en puro agente del poder represor sin atender a su fin terapéutico ni a su obligación deontológica con el propio preso en huelga de hambre.

De hecho, hay razones para pensar que todo lo que se hizo con Orlando estaba centrado en domeñarle o en ir cumpliendo las instrucciones de la seguridad del Estado con el fin de que sirviera de escarmiento. Debemos recordar que en el totalitarismo no hay ni conciencia ni deontología ni nada, todo un aviso ante las pretensiones de quienes nos hablan de que basta la ley formalmente aprobada para superar cualquier duda personal o corporativa.

Mucho se dijo sobre Aminatu Haidar: que no era una presa, que se negaba al tratamiento, que la asistencia era ilegal, etc. La verdad es que en su momento ella pidió la asistencia médica y la recibió inmediatamente y nadie pensaba que esa asistencia interfería en su acción de conciencia. De hecho, el Estado autoritario marroquí, presionado por Francia y Estados Unidos, cejó en la directa violación de los derechos de la activista saharauí.

Por el contrario, el Estado posttotalitario o quizás totalitario renovado de Cuba ha dejado morir a Zapata; incluso parece que la no asistencia recibida da la razón a las precauciones de nuestro Tribunal Constitucional, aunque una situación así desde luego es inimaginable entre nosotros.

La realidad tiene esto. Muestra con claridad cuáles son las responsabilidades de la Administración penitenciaria y cuáles las obligaciones deontológicas del médico, más allá de las construcciones de laboratorio que convierten la mera asistencia en injerencia intolerable o trivializan la realidad profunda y metafísica de la muerte.

2.- La ley del aborto abre una etapa difícil para la libertad de conciencia del médico.

DM, 2 de Marzo de 2010.

La Asociación Nacional para la Defensa de la Objeción de Conciencia (Andoc) ha declarado que la "aberrante legalización del aborto como derecho augura tiempos difíciles para la libertad de conciencia de los profesionales sanitarios", ya que tal y como está regulada "otorga la objeción exclusivamente a los que estén directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo".

La entidad ha aclarado que la regulación prevista en la ley es "equivoca, pues se olvida de otros profesionales que participan en el proceso de un aborto, como médicos de atención primaria, anestesistas, radiólogos, embriólogos, auxiliares de enfermería, matronas, entre otros, a los que se les podría limitar injustificadamente su derecho fundamental a la objeción".

* La nueva ley se olvida de otros profesionales sanitarios que participan en el proceso del aborto, como embriólogos, radiólogos y matronas

En consecuencia, y teniendo en cuenta la experiencia en países con una legislación similar, "los profesionales que se niegan a practicar o colaborar en un aborto estarán al margen de la ley sin otra salida que la inscripción en un registro".

Andoc también ha reiterado que la norma, aprobada la semana pasada en el Pleno del Senado, "carece de toda justificación sanitaria, legal, ética y social. No es más que una imposición ideológica con muchas víctimas y unos pocos beneficiados que se lucran con el sórdido negocio del aborto".

3.- Europa autoriza el cultivo del primer transgénico en 12 años.

ABC, 3 marzo 2010.

Una planta transgénica se obtiene al integrar en la información hereditaria de su ADN dos o tres genes adicionales de otras especies con el objetivo de transferirle ciertas cualidades. Los genes con las cualidades deseadas de ADN se aíslan mediante enzimas y se añade el propio ADN a la planta usando varios métodos. Uno de estos procedimientos consiste en insertar un gen bacteriano en un organismo al que se transfiere parte de su ADN. Otro método más versátil se sirve de dispositivo que impulsa partículas microscópicas genéticas revestidas de tungsteno o de oro en las paredes celulares de la planta. El primer alimento modificado genéticamente, comercializado en EE.UU. en la década de los ochenta, fue un tomate con la producción de etileno suspendida para ralentizar su proceso de maduración y prolongar su conservación. Los cuatro países que producen el 90% de los cultivos de transgénicos en todo el mundo son: Estados Unidos (53%), Argentina (18%), Brasil (11,5%) y Canadá (6,1%). La superficie mundial de estos cultivos alcanzó los 125 millones de hectáreas.

La Comisión Europea (CE) ha aprobado hoy un permiso para cultivar una patata transgénica, cuya tramitación ha sido muy polémica, tras 12 años en los que la UE sólo había autorizado el comercio de nuevos Organismos Genéticamente Modificados (OGM), pero no su siembra.

El Ejecutivo comunitario ha aprobado cinco nuevos expedientes de OGM, entre ellos el cultivo de la variedad de patata "Amflora", vendida por la alemana BASF, que se destinará a obtener almidón y productos industriales pero no para alimento humano.

Actualmente, en la Unión Europea (UE) sólo está permitido el cultivo de un tipo de OGM: un maíz aprobado en 1998 que se siembra en España y en otros países; sin embargo, el mercado europeo sí permite la importación y el comercio de muchas clases de transgénicos.

Los cinco expedientes de OGM aprobados son: una patata para cultivo con fines industriales, la utilización de la fécula de la misma como pienso, así como la importación y venta, pero no el cultivo, de tres tipos de maíz transgénico para alimentos y piensos

La CE ha aprobado unilateralmente los cinco transgénicos después de que entre los países de la UE no haya habido acuerdo ni a favor ni en contra de tales OGM, pero en el caso de la "Amflora" el proceso de tramitación ha durado más de ocho años y su resistencia a antibióticos ha suscitado mucha polémica.

Además, con la decisión de hoy el nuevo equipo del Ejecutivo comunitario ha empezado a dar la cara respecto al futuro de las políticas sobre transgénicos.

Nuevas reglas en veranoAnte el bloqueo y las diferencias constantes entre los Gobiernos ha anunciado que en verano propondrá un cambio en las reglas sobre estos productos.

El comisario europeo de Sanidad, John Dalli, ha confirmado su intención de dar más libertad a los países a la hora de decidir si quieren o no OGM en su territorio.

Respecto a la patata "Amflora", el nuevo Colegio de Comisarios ha desbloqueado un expediente que dejó congelado la anterior CE.

Y es que desde que en 2004 la UE levantó la moratoria contra los OGM, todos los nuevos transgénicos han sido autorizados por la Comisión unilateralmente, porque no obtienen un apoyo mayoritario de los países, ni de la opinión pública.

Los cinco expedientes de OGM aprobados son: una patata para cultivo con fines industriales, la utilización de la fécula de la misma como pienso, así como la importación y venta, pero no el cultivo, de tres tipos de maíz transgénico - vendidos por Monsanto- para alimentos y piensos.

4.- Cambiar valores en la profesión, imprescindible No saber gestionarlos reduce la calidad asistencial

DM, 4 marzo 2010.

Una buena formación en bioética y en la resolución de conflictos entre valores mejoraría la calidad de la asistencia, según se ha explicado en la jornada Los valores y la crisis en el entorno sanitario, en Barcelona. La promoción del profesionalismo médico en el entorno actual de cambios y el papel clave de la bioética fueron las principales conclusiones de la mesa redonda Los valores y la crisis en el entorno sanitario, celebrada en Barcelona y organizada por el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña y la Fundación Ciencias de la Salud. El acto fue moderado por Joan Rodés, presidente-director del Instituto de Investigación Sanitaria Clínico-Idibaps.

Diego Gracia, presidente de la Fundación de Ciencias de la Salud, recordó que el principal progreso de la medicina se produjo a principios del siglo XIX, cuando "el poder del médico coincide con la aparición del positivismo", corriente filosófica que llevó al desarrollo de especialidades como la anatomía patológica, la fisiopatología o la inmunología "que permiten fundar la profesión sobre bases diferentes a las anteriores. Con el desarrollo de la entrevista clínica en París a finales del siglo XIX pueden conocerse los síntomas mediante la anamnesis e identificar los signos objetivos mediante la exploración física, y tomar así una decisión diagnóstica, pronóstica y terapéutica".

Para Gracia, es indudable que salud y enfermedad no son meros hechos, sino valores sustentados por hechos. "En el positivismo, la idea del hecho científico hizo marginar la dimensión del valor que tiene lo relacionado con la sanidad. Hoy no funciona, porque se ha introducido el consentimiento informado y el paciente intenta articularlo con sus valores económicos, estéticos, culturales, morales, religiosos, sociales o políticos".

Este cambio de papel del paciente supone que debería enseñarse en la facultad la toma de decisiones y aprender a gestionar los valores con la misma precisión con que se gestionan los hechos clínicos, ya que esta falta de gestión "es lo que más degrada la calidad de la asistencia sanitaria, que debe ser no sólo de hechos sino incluir también la gestión correcta de valores".

Miquel Vilardell, presidente del Colegio de Médicos de Barcelona, se centró en el impacto de la crisis en el entorno sanitario, recalando que "todos en el sector somos corresponsables para mantener el sistema".

Problemas y soluciones

"Los cambios en los políticos y en las políticas sanitarias influyen y cambian los valores del profesional, como la vocación, porque el sistema de salud se ha empresarializado", apuntó. Otros valores que cree que han cambiado son la disciplina, la competencia y compromiso, y el sentimiento de pertenencia, que llevan a la desconfianza. Como soluciones, propuso demostrar la competencia con una buena formación, mejorar la capacidad de trabajo en equipo

consensuando objetivos en los grupos multidisciplinares, unas habilidades de comunicación e información sin prejuicios previos y capacidad de adaptación y flexibilidad. "Propongo promover el profesionalismo, defender la competencia, pedir autonomía profesional para la práctica clínica y el acto médico, participar en la gestión fundamentalmente clínica. La mejora de las políticas de recursos humanos es imprescindible, buscando la mejora de la autoestima".

Por último, Begonya Roman, profesora de Filosofía de la Universidad de Barcelona reclamó un Pacto para la Sanidad en el que se involucren todos los actores, "lo que implica no caer en los dos grandes peligros de la ética: la corrosión y la autocomplacencia. Está en juego la confianza, principal valor en un entorno de justicia. Si se está de acuerdo en que el objetivo en el entorno sanitario es la justicia, ésta no puede dejarse en manos de la suerte", concluyó.

5.- España impulsará un documento internacional de ética para prácticas médicas.

Europa Press. Madrid 4 de Marzo de 2010

El Gobierno español, a través del Ministerio de Asuntos Exteriores y el de Ciencia e Innovación, será el encargado de impulsar un documento internacional de consenso para la regulación ética de las prácticas médicas, según anunció ayer José Jerónimo Navas, director del Instituto de Salud Carlos III en la inauguración del XV Forum de Comités Éticos Nacionales.

Navas destacó la importancia de unificar los criterios éticos que regulan los avances científicos de la medicina para "asegurar el bienestar y la calidad de la atención a los pacientes de toda la Unión Europea".

Por su parte, Carlos Romeo Casabona, miembro del Comité de Bioética de España explicó que "es fundamental dirigirse a la sociedad para hacerle ver qué problemas hay en el campo de la bioética que le puedan interesar. Por eso, es necesario que los comités nacionales y supranacionales coordinen sus criterios de información en su misión de formar a la opinión pública en asuntos como los posibles nuevos tratamientos, la escasez de recursos o algunos temas polémicos como el aborto y la eutanasia".

Según Romeo Casabona, "España es referente mundial tras la entrada en vigor de la Ley de Investigación Biomédica en 2007, cuyo trabajo previo de elaboración y aprobación es un ejemplo a seguir para muchos países de Europa y de fuera del continente".

Maurizio Salvi, director del Grupo de Ciencia, Ética y Nuevas Tecnologías de la Comisión Europea, hizo hincapié en la necesidad de "dar visibilidad a esta disciplina en la Unión Europea e implementar sus preceptos en todas las políticas sanitarias que se aprueben".

Esta opinión fue compartida por Peteris Zilgavis, director de Políticas Éticas de la Comisión Europea, que afirmó que "el avance de la ciencia debe ir acompañado por el consejo de la bioética" y añadió que los expertos españoles en bioética, representados por el Comité de Bioética de España, "han pasado a ocupar un lugar importante en la sociedad en los últimos 20 años, lo que les ha convertido en un ejemplo a seguir para el resto de países, en especial los de la Europa del Este".

6.- "Hay cuestiones éticas en trasplantes de órganos complejos que están sin resolver"

Eduardo López Briz, jefe del Servicio de Farmacia del Hospital Universitario La Fe de Valencia.

DM, Enrique Mezquita. Valencia - Viernes, 5 de Marzo de 2010

"Los profesionales sanitarios deben formarse y adaptarse para afrontar los nuevos retos bioéticos que se avecinan sobre la marcha, ejemplificados en los trasplantes de cara o de miembro inferior, que se harán en el futuro", afirmó Eduardo López Briz, jefe de Sección del Servicio de Farmacia del Hospital Universitario La Fe de Valencia, en su ponencia del VII Curso de Atención Farmacéutica al paciente trasplantado.

El facultativo hizo hincapié en la "extraordinaria velocidad a la que evoluciona el mundo de los trasplantes, lo que hace muy complejo saber cuáles podrán ser los aspectos éticos y metodológicos a evaluar dentro de, por ejemplo, seis meses".

Para López Briz, un avance fundamental en este ámbito ha sido el paso del trasplante de órganos sólidos al de tejidos compuestos. El facultativo destacó la buena labor que están realizando los comités de ética tanto asistencial (CEA) como de investigación clínica (CEIC).

"Cuando se trasplanta un órgano y éste es, por decirlo de alguna manera, anónimo e irreconocible es posible y sencillo preservar la identidad tanto del donante como del receptor; pero cuando hablamos de una cara la confidencialidad que existe en el resto de trasplantes es como si se perdiera a simple vista. Si a ello se le suma la presión de los medios de comunicación, que muchas veces se produce en circunstancias muy delicadas tanto para el entorno del donante y del receptor, ya tenemos el caldo de cultivo para que se produzca una situación compleja".

En su opinión, esta perspectiva reclama "un especial cuidado y escrupulosidad por parte de los profesionales sanitarios para proteger la privacidad y la intimidad de los implicados", que debe ampararse en el cumplimiento estricto de la legalidad que recoge la ley de protección de datos o en la preocupación por la propia imagen del paciente. Para profundizar en esta línea, López Briz ha destacado que "es fundamental la formación tanto de pregrado como de postgrado del médico.

A modo de ejemplo, en el Hospital de La Fe tenemos un curso de bioética para todos los residentes de primer año". No obstante, también ha reconocido que "puede que sea uno de los aspectos que más abandonados y descuidados tenemos los profesionales, quizás porque puede que se relacione más con cuestiones filosóficas y menos con el quehacer diario del médico".

7.- España, paraíso europeo de los transgénicos

TERESA SÁNCHEZ VICENTE | MADRID

ABC, 6 marzo 2010.

De las 100.000 hectáreas de cultivos transgénicos que hay en Europa, 80.000 se cultivan en nuestro país. Asociaciones científico-empresariales como Asebio y diversas instituciones españolas aplauden su utilización y lo califican de tecnología avanzada. Sin embargo, desde las organizaciones ecologistas se critica que la mayor parte de terrenos dedicados a este tipo de productos estén ubicados en nuestro país.

Los organismos genéticamente modificados (OGM) son todos aquellos (plantas, animales y bacterias) cuyo genoma es manipulado, la mayoría de las veces con la introducción de genes de otras especies, para mejorar sus condiciones naturales. Así se consigue por ejemplo la resistencia a plagas, el crecimiento en condiciones medioambientales hostiles o la maduración retardada, entre otras.

No obstante, a pesar de estas aparente ventajas, países como Alemania, Rumanía, Italia, Polonia, Francia, Grecia, Austria y Hungría han ampliado su moratoria al maíz MON-810, principal cultivo transgénico en territorio ibérico.

La comercialización de este tipo de maíz fue aprobado por la Unión Europea en 1998, de acuerdo con una antigua normativa. La modificación de dicha legislación, considerada inadecuada originó que los estados pudieran acogerse a una moratoria para no plantar maíz de este tipo. Ya en 2003 entró en vigor una nueva directiva europea, más rigurosa y que exige una evaluación a largo plazo de las repercusiones de los OMG, según datos aportados por Ecologistas en Acción.

La razón de que en nuestro país si se acepte la siembra del MON-810, según Emilio Muñoz, investigador jubilado del CSIC y miembro de Asebio, Asociación Española de Empresas de Biotecnología, reside en que este tipo de maíz está más regulado que un maíz que nos es transgénico. Muñoz admite que la agricultura siempre ha sido una actividad depredadora, aunque destaca que en este caso «aporta beneficios a los agricultores». «Se trata de una tecnología contrastada, regulada y muy avanzada», explica. A su favor cita dos ejemplos: el hecho de que prácticamente el 80% de la soja producida en el mundo ya es transgénica y el que el presidente de Brasil, Lula da Silva, acabará aceptando los transgénicos porque eran beneficioso para sus agricultores.

Sin embargo, en Greenpeace no están de acuerdo con estas explicaciones. Para la organización ecologista la respuesta a por qué España cultiva estos productos está en que Monsanto (dedicada a este negocio) y las multinacionales están presentes en el Gobierno. Y van más allá: «Es un tema político, de mafia política», añaden. «El hecho de que la actual ministra de Ciencia e Innovación fuera presidenta de Asebio, demuestra que en el Gobierno de Zapatero hay intereses en la materia», sentencian.

Carlos Vicente, director de Biotecnología de Monsanto, niega un interés oculto de las multinaciones y asegura que son una compañía privada y que no intervienen en cuestiones de carácter político.

También discrepa de la opinión de los ecologistas y asegura que el MON-810 «no es en absoluto perjudicial. No hay ninguna razón de índole científica para prohibirlo». Vicente explica que la EFSA (Autoridad de Seguridad Alimentaria Europea) ha ratificado de manera reiterada su total seguridad. Asimismo añade que las propias autoridades científicas francesas y alemanas han certificado también la falta de riesgos.

«La decisión unilateral de estos países es exclusivamente de carácter político y comercial y contraviene el derecho de los agricultores de estos países a usar una tecnología que han venido utilizando en los últimos años y que otros agricultores de todo el mundo sí pueden utilizar», afirma.

La seguridad en los alimentos modificados genéticamente ¿Podemos estar tranquilos cuando consumimos alimentos modificados? Según afirman fuentes de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESA), todos se someten «uno por uno a todo tipo de pruebas». Esta evaluación la realiza la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) con sede en Parma (Italia).

Desde la propia página web de esta agencia se informa de que un grupo de científicos expertos e independientes someten los transgénicos a controles alérgicos, ecológicos, microbiológicos, toxicológicos, de la fisiología de la planta y de genética molecular. Además, los productos que deriven de cosechas transgénicas deben ser etiquetados con la mención «modificado genéticamente» o «producido a partir de -nombre del ingrediente- modificado genéticamente».

En Monsanto también creen en los beneficios de los transgénicos para la sociedad y el medio ambiente. Citan como ejemplo de ellos la reducción del uso de insecticidas y el incremento de la productividad. La biotecnología también puede servir para desarrollar variedades que contribuyan a una dieta más sana.

Este es el caso de las variedades de soja con menores niveles de grasas trans y las nuevas variedades con omega-3, que se encuentran en su penúltima fase de investigación, según datos aportados la multinacional.

No obstante, Greenpeace vuelve a poner en duda estas afirmaciones. Los ecologistas creen que son malos para la salud, que la EFSA no realiza los controles necesarios y que no se ha demostrado que sean inocuos. «Lo que sí se ha demostrado es que influyen negativamente en la fertilidad y en la reproducción de los mamíferos», aseguran desde la organización ecologista en base a un estudio realizado por una universidad austriaca.

Ecologistas en Acción tampoco aconseja su consumo. La organización cita a la Comisión Europea para afirmar que el proceso de creación de organismos

manipulados genéticamente está rodeado de incertidumbres, que pueden dar lugar a multitud de efectos imprevistos. «La inserción de ADN extraño en una posición no deseada dentro del genoma puede potenciar o silenciar los procesos de producción de proteínas y provocar cambios de composición o la aparición de compuestos potencialmente tóxicos en los alimentos, con riesgos para la salud», según las palabras extraídas del informe «Buenas razones para retirar las variedades de maíz MON810 cultivadas en España» elaborado para este grupo. «Se da la paradoja de que no se pueden sembrar cultivos que sí pueden importarse de otros países terceros», afirma.

¿Riesgos para el ecosistema? Los ecologistas lo tienen claro. Los cultivos transgénicos no son buenos para el campo. El experto en transgénicos de Greenpeace explica que en primer lugar este tipo de cultivos producen lo que se llama contaminación genética. Es decir, se eliminan las barreras de protección entre terrenos lo que obliga a los agricultores que no siembran transgénicos a cambiar las fechas de siembra y por lo tanto a asumir costes muy altos.

Los ecologistas lo definen como un «ataque a las opciones no transgénicas». Además, Greenpeace alerta de que se producen además daños al suelo, la flora y la fauna.

Por ello, en la Unión de Pequeños Agricultores creen que no se puede negar la realidad de que en España hay agricultores que cultivan transgénicos –y recalcan que es «es absolutamente legal hacerlo»- y hay otros que practican la agricultura ecológica y convencional. Consideran que es una obligación del Gobierno dar tranquilidad a los productores agrarios, del tipo que sea y por ello, si se autoriza el cultivo de un transgénico, debe regularse que esa actividad sea segura.

El científico Emilio Muñoz no está de acuerdo con la idea de la contaminación genética que critica Greenpeace y puntualiza que ojalá todos los cultivos agrícolas estuvieran tan regulados como los transgénicos. Carlos Vicente, de Monsanto, apoya estas declaraciones y subraya que los transgénicos aportan importantes beneficios para los agricultores y para el medio ambiente. «Después de 12 años de cultivos transgénicos no existe ni un solo caso de efectos adversos para la salud o el medio ambiente», asegura.

Por su parte el secretario general de la Asociación Agraria de Jóvenes Agricultores (Asaja), Carlos Ferrer, asegura estar a favor de la biotecnología aplicada a la agricultura. Asaja enumera una lista de razones por las que están a favor de los transgénicos: aumentan el rendimiento, ayuda a cubrir las expectativas europeas en lo que se refiere a las cuotas de biocombustibles y se basa en que la biotecnología no se cuestiona en otras ciencias y en que, a su juicio, el gran colectivo del mundo científico no cuestiona los transgénicos. Por ello, piden a la Administración que de tranquilidad a los productores agrarios y que se regule el cultivo de productos modificados para que esa actividad sea segura.

Pero, no todos los agricultores piensan igual. El experto en transgénicos de la Coordinadora de Agricultores y Ganaderos (COAG), Andoni García, asegura que rechazan los transgénicos porque no respetan el principio de precaución y pueden dar problemas para la salud humana y el campo. «Si hay transgénicos no puede haber otra agricultura porque la desplazan», asegura García. En su opinión, los transgénicos están en manos de las multinacionales y a éstas no les interesa la alimentación ni el hambre mundial. Por ello, exigen al Gobierno español que defienda una agricultura social.

8.- "Es necesario un rearme ético para abordar las enfermedades desatendidas"

DM, E. Mezquita. Valencia, 16 de Marzo de 2010

Bajo el calificativo de enfermedades huérfanas se engloban dos grandes grupos de patologías: las raras y las desatendidas. Pero, "mientras en los países desarrollados existen asociaciones de enfermos que presionan legítimamente a los gobiernos para que creen protocolos de ayuda a la industria para trabajar en enfermedades raras, los afectados por las desatendidas no tienen esa capacidad de presión".

Así se pronunció Luis Franco, catedrático de Bioquímica y Biología Molecular de la Universidad de Valencia y nuevo académico de número de la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana, en su discurso de ingreso que dedicó a las enfermedades huérfanas.

Según el nuevo académico de Valencia, estas patologías deben ser un punto de encuentro entre la Medicina Clínica, la Biomedicina y la Bioética. Franco destacó que para impulsar la investigación en medicamentos para estos males es necesario "un abordaje absolutamente transnacional y que implique a todos los países desarrollados, que son los que tienen capacidad de investigación y económica para hacerlo". No obstante, insistió en que "este abordaje tiene que ir precedido de un rearme ético de toda la población, ya que si ésta no toma una conciencia colectiva de que los problemas que afectan a ciudadanos de otros países son también nuestros problemas, en la medida que son seres humanos como nosotros, no servirán de nada las medidas que adopten los gobiernos o los organismos internacionales".

Franco resaltó que afortunadamente en el personal sanitario e investigador de nuestro país "ya existe esa concienciación". "Al estar en contacto con el enfermo, el médico toma conciencia del problema que supone esa enfermedad para el paciente y su familia, un aspecto que también comparte el resto del personal sanitario y de investigación. A modo de ejemplo, señaló que en la Universidad de Valencia existe un grupo trabajando en la enfermedad de Chagas, "al igual que ocurre en países como Estados Unidos o Francia, donde el problema actualmente aún no es una amenaza muy importante". En este sentido, "es muy posible que las Administraciones sanitarias vayan a la zaga de sus profesionales, ya que los países desarrollados generalmente no se preocupan de una enfermedad hasta que llama a sus puertas". Sin embargo, recordó que la realidad es que los flujos migratorios y la propia globalización hace que la preocupación y el interés deba ser continuo.

Datos

Franco presentó los fríos datos sobre el panorama de la investigación en estas enfermedades. "Ninguno de los 44 medicamentos huérfanos aprobados entre 2002 y 2007 por la Agencia Europea del Medicamento está destinado a enfermedades desatendidas. Y de las 652 solicitudes presentadas hasta ahora a esta agencia para iniciar el desarrollo de medicamentos huérfanos, sólo dos están orientados hacia la malaria, cuatro para la tuberculosis y dos para la leishmaniasis, justamente el mismo número de las admitidas para el tratamiento de la alopecia".

9.- ¿Donaría un riñón por dinero?

El Mundo. 17 marzo 2010.

La escasez de órganos obliga a discurrir nuevas formas de fomentar la donación. Mientras en España se debate estos días la introducción de la figura altruista del 'buen samaritano', un equipo de investigadores de EEUU ha realizado una encuesta para despejar las dudas éticas que plantea la compensación económica a quienes decidan ceder uno de sus dos riñones.

Cada vez son más las personas que pueden beneficiarse de un trasplante renal. Sin embargo, muchas de ellas perecen antes de que les llegue el turno en la lista de espera o se ven condenadas a depender de una máquina de diálisis durante toda su vida.

Nunca hay suficientes donantes.

Una de las posibles vías para incrementar el número de órganos es la remuneración económica. Sin embargo, esta opción ha sido descartada por la mayoría de los sistemas sanitarios del mundo por cuestiones morales. Los científicos de la Universidad de Pensilvania responsables del sondeo, cuyos resultados se publican en la última edición de 'Annals of Internal Medicine', analizaron los que ellos consideran los tres principales dilemas éticos: que el pago altere la percepción del riesgo para la salud del donante; que la motivación económica ejerza un mayor efecto en los pobres; y que la donación altruista desaparezca ante el poder del dinero.

Realizada con una muestra de más de 300 personas que fueron 'captadas' mientras viajaban en transporte público, la encuesta sirvió para descartar los peores temores. Cuanto mayor era la cantidad que se ofrecía a cambio de un riñón, mayor era la predisposición de los entrevistados a someterse a la intervención. Esto se cumplía tanto en aquellos que gozaban de unos buenos ingresos como en quienes tenían salarios mucho más bajos. En términos generales, no se detectó una mayor tendencia a ceder un órgano a costa de la salud. Así, cuando se planteaba un escenario en el que el donante podía recibir un buen puñado de dólares por prestarse a una intervención que roablemente le ocasionaría insuficiencia renal, la gran mayoría declinaba la oferta.

Por otro lado, todos los encuestados, independientemente de su estatus económico y de la contraprestación que se les propusiese, preferían entregar un riñón a un familiar o allegado antes que a un paciente desconocido que se encontrase en lista de espera.

Este estudio cuenta con una limitación reconocida por los propios investigadores: se trata de un mero sondeo que plantea una serie de hipótesis. Si los entrevistados se viesan en la tesitura planteada en la encuesta, es posible que sus decisiones fuesen distintas. Por ello, los autores proponen la realización de un trabajo que evalúe la aplicación en la vida real de un "sistema de pago regulado para la donación de riñón".

Este tipo de investigación resulta impensable en algunas naciones, España entre ellas. Y no sólo porque nuestro país sea el líder mundial en trasplantes de órganos, sino porque daría al traste con la filosofía que ha inspirado nuestro modelo desde sus inicios.

Tal y como recordaba recientemente el Ministerio de Sanidad en un comunicado, "en España la compra venta de órganos no sólo es ilegal, sino que además en la práctica resulta imposible, por la forma en que está organizado el sistema de donación y trasplantes, que se ha convertido en un ejemplo a seguir en todo el mundo". Y añadía: "El sistema español de trasplantes está basado en los principios de solidaridad, transparencia, equidad, anonimato y acceso universal".

De hecho, el método que se discute en la actualidad para aumentar el número de órganos disponibles no tiene nada que ver con el planteado por los investigadores de la Universidad de Pensilvania. La Organización Nacional de Trasplantes (ONT) está preparando la que próximamente podría ser la primera donación de órganos que se realiza en España a través de la figura del 'buen samaritano', un voluntario que ofrece alguno de sus órganos en vida no a un familiar o conocido, sino al paciente de la lista de espera al que más pueda beneficiar.

Los autores de un editorial que se publica en la misma revista plantean varias objeciones a los resultados de la encuesta. En primer lugar, consideran que el hecho de que algo sea factible no significa que resulte moralmente aceptable.

Por otro lado, señalan que es cierto que los ricos y los pobres reaccionaban de forma similar cuando se aumentaba la oferta económica. Sin embargo, no hay que olvidar que los menos pudientes eran los que se mostraban, de entrada, más predispuestos a entregar un riñón a cambio de una compensación monetaria. Cuando la oferta se situaba en 10.000 dólares, el 44% de quienes contaban con escasos ingresos aceptarían la transacción, frente a sólo el 27% de los más adinerados. Dado el sistema sanitario imperante en EEUU, donde la gratuidad y el acceso universal a la sanidad brillan por su ausencia, los editorialistas creen que la introducción de incentivos económicos podría llevar a una situación en la que "los donantes más pobres vendan sus órganos a los ricos".

10.- La certera objeción de conciencia a la PDD

Isabel Viladomiu

Almudi, TemesD'Avui.org, Valencia, 21 de febrero de 2010

Asistí a la presentación del “Manifiesto ante la nueva situación de dispensación de la píldora postcoital” (PDD), promovido por la Plataforma Profesional Farmacéutica que tuvo lugar en Barcelona el pasado 30/01/10. Me movió a asistir la necesidad de conocer y apoyar esta iniciativa que es como un oasis en el desierto de nuestra cultura actual. Los farmacéuticos son ahora los que responden en conciencia a una medida que proviene del Estado y que pretende anular su responsabilidad profesional.

Desde que entró en vigor la dispensación libre de la PDD, el pasado 28 de septiembre, ha habido un incremento de ventas del 300%, superando las 150.000 unidades en toda España. Es evidente que la obtención de una receta era un freno para su dispensación, quedando ahora fuera de todo control. El único control será sobre las unidades vendidas y los beneficios obtenidos por los laboratorios, calculados en 7,2 millones de euros para este año.

En verdad, la PDD se convierte en un grave problema moral al que un numeroso grupo de farmacéuticos quiere decir ¡basta! Muchas cosas se han vuelto a hacer mal por parte del Gobierno y su Ministerio de Sanidad, que modificó la ficha técnica y los prospectos correspondientes de la PDD sin motivos que justifiquen el cambio, obviando la normativa actual. Además se ha autorizado su dispensación a menores de 16 años sin consentimiento de los padres.

El folleto informativo de la PDD no cumple el deber legal de suministrar una información cierta, ya que no explica que puede impedir la anidación del embrión y omite los efectos adversos. Con ello se niega el derecho de la usuaria a disponer de la información necesaria para que su decisión sea libre e informada. Todos estos aspectos se trataron con rigor en la presentación del Manifiesto.

¿La PDD es un medicamento que previene, cura o alivia? ¿Es el embarazo una enfermedad? La respuesta es no. El embarazo es la consecuencia natural de una unión sexual fecunda que dará lugar a un hijo. Este hecho es el asunto central en juego.

Los embarazos no se evitan a golpe de pastillas abortivas, se evitan educando a nuestros hijos en la responsabilidad de su libertad, no hay otro camino que mejor responda a su naturaleza humana que quiere y busca la felicidad para ellos y para todos los jóvenes.

El 69% de las usuarias de la PDD son menores de 25 años. Su uso las pervierte en lo más íntimo de su ser, tanto a ellas como a los jóvenes varones causantes del embarazo, les incapacita para conocer la verdadera donación amorosa, que respeta, no utiliza y no se sirve del otro por interés.

En los años 60 se construyó una falsa utopía de felicidad sexual basada en la ruptura entre la sexualidad y la procreación. La liberación y la felicidad de la mujer vendrían por este hecho. Todo empezó con la anticoncepción hormonal, le siguió la despenalización del aborto y más tarde las técnicas de reproducción asistida.

Nada de esto ha favorecido a la mujer como persona digna de respeto, al contrario, se ejerce cada vez más el dominio y la violencia sobre ella y sobre la vida de sus hijos, aunque se venda política y socialmente como una auténtica liberación y progreso. Ahora y en la misma línea la novedad es la contracepción de libre acceso.

Las PDD son contraceptivos, impiden la gestación del nuevo ser, son nuevas formas de aborto temprano que evitan el acto quirúrgico pero que matan más las conciencias. Las usuarias nunca sabrán si hubo o no concepción, pero toman la PDD para evitar el embarazo siempre.

Admitir la realidad de la finalidad de la PDD exige la responsabilidad de los profesionales implicados, los farmacéuticos. No sirve dar la espalda, el hecho es grave y obliga en conciencia por estar ante otra forma de destrucción de vidas humanas.

Nos ayudaría recordar lo que pasó en el proceso de Nuremberg en el año 1946, en el que los dictámenes del régimen nacionalsocialista de Adolf Hitler no eximieron de responsabilidad a los que ejecutaron los crímenes por orden de otros.

La legalidad no exime de responsabilidad personal. ¿Qué pasará cuando todos descubramos que toda vida humana debe ser respetada desde su concepción en el cuerpo de su madre hasta su muerte natural?, ¿qué pasará cuando seamos conscientes del holocausto de los no nacidos de nuestros días? La historia nos juzgará como lo ha hecho con todos los hombres, por sus silencios y por sus luchas.

No hay Estado que pueda anular la libertad de acción de los hombres, cada uno somos responsables de nuestras acciones y el hecho de encontrarnos ante una pastilla mortífera que tiene que pasar por la dispensación de un profesional farmacéutico, obliga en conciencia a todo hombre y mujer de buena voluntad, que de momento son, nada más y nada menos, que 3.000.

Puede resultar difícil y duro el enfrentamiento por defender la verdad, pero ésta se abre camino día a día frente a medidas y dictámenes injustos que provienen de los estados. Vale la pena ser coherentes con el respeto debido a toda mujer y a su hijo.

La historia, estoy segura, hará un juicio certero de esta objeción de conciencia a la dispensación de la PDD. No debe faltar mucho para que este cambio se produzca, pues muchas leyes civiles reclaman la objeción de conciencia de profesionales de distintos ámbitos por vulnerar en su origen la dignidad objetiva y los derechos intrínsecos de todo ser humano.

11.- Sobre los aspectos científicos de la nueva ley del aborto

Nicolás Jouve de la Barreda

ProfesionalesEtica.org, 26 de febrero de 2010

La Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo (conocida como reforma de la ley del aborto) fue votada ayer en la Comisión de Igualdad del Senado y previsiblemente será votada el próximo 24 de febrero en el pleno de esta cámara antes de su regreso al Congreso de los Diputados.

Con este motivo y en el marco de sus encuentros interdisciplinarios con expertos, Profesionales por la Ética ha dialogado sobre este proyecto con Nicolás Jouve de la Barreda, catedrático de Genética de la Facultad de Ciencias de la Universidad de Alcalá.

Autor de más de 200 publicaciones científicas, ha participado en numerosos congresos y encuentros científicos de ámbito internacional. Además, preside la asociación CÍViCa, ciencia, vida y cultura.

A su juicio, ¿cuáles son las novedades más significativas de la Ley que reformará el aborto en España?

De acuerdo con la declaración de intenciones del Gobierno, la principal novedad de la reforma de la ley del aborto es su reconocimiento como un derecho de la mujer. Pero además, y no menos importante la incursión en el campo educativo de la llamada ideología de género, plasmada en el proyecto como una ley que pretende reducir el número de abortos en España, por la generalización de la anticoncepción y la información sexual desde la escuela.

Otra novedad es la desatención a la recomendación del Tribunal Constitucional de dar protección jurídica al concebido no nacido. Esto es particularmente manifiesto por la generalización del diagnóstico genético prenatal para que alguien pueda decidir qué vida es digna o no de ser vivida.

¿Qué consecuencias cree que tendrá esta Ley en el ámbito médico y científico?
Empezaré señalando que nadie se cree que esta reforma legislativa servirá para reducir el número de abortos. La promoción de los métodos anticonceptivos, la Píldora del Día Después (PDD) y el propio aborto no pueden dar como resultado la reducción del aborto sino todo lo contrario.

La experiencia en otros países así nos lo demuestra. En el ámbito médico son muchas las voces que se han alzado en defensa del derecho a la objeción de conciencia. Acabar intencionadamente con la vida de un ser humano es contrario a la deontología médica. Así lo dicta el artículo 26 del Código de Ética y Deontología Médica: el médico tiene el derecho a negarse por razones de conciencia (...) a interrumpir un embarazo.

Desde el punto de vista científico duele constatar que se implanten leyes que desoyen la verdad de la ciencia. El avance científico nos brinda hoy datos clave que eran desconocidos en buena parte hace tan solo unas décadas. Por mucho

que se pretenda mirar para otro lado, hoy sabemos que la vida comienza en el momento de la fecundación.

Cuando se destruye un embrión o se tritura un feto para provocar un aborto, lo que se destruye o se tritura es la vida de un ser humano en sus primeras etapas de desarrollo. Una ley que no se fundamente en la verdad es una ley carente de legitimidad. Cuando esto sucede es porque se impone la ideología sobre el conocimiento.

El Gobierno ha anunciado que obligará a las Facultades relacionadas con la Medicina y la Salud en general a enseñar a sus alumnos cómo se practica el aborto voluntario, una vez que éste se convierta en un derecho.

Esta es otra demostración del trasfondo ideológico de la reforma legislativa sobre el aborto trasladado al ámbito educativo, en este caso universitario. Los planes de estudio ya incluyen las enseñanzas básicas relacionadas con la forma de proceder ante una evacuación uterina, conocido genéricamente como legrado. Las técnicas no varían en función de la causa, son siempre las mismas, su objetivo es vaciar el contenido de un útero.

Sin embargo, lo que se pretende no es enseñar estas técnicas que todo ginecólogo aprende en la universidad, sino enseñar las técnicas destinadas a matar directamente a un feto. Parece evidente que si es esto lo que se pretende choca frontalmente con la deontología médica. Las universidades deben formar profesionales para curar, investigar y ayudar a los enfermos y a las mujeres embarazadas a llevar a término su embarazo, nunca para todo lo contrario.

Por último, ¿qué le pediría Vd. a la comunidad científica y universitaria en relación con esta Ley?

Le pediría que fuese consecuente con la verdad y la defendiera siempre, sin doblegarse a ideologías o imposiciones contrarias al conocimiento científico y a la deontología profesional. Les recordaría que para la ciencia cada vida humana es una vida única, perteneciente a la especie Homo sapiens, sin saltos cualitativos desde la fecundación hasta la muerte, porque cada ser humano es el mismo y mantiene su identidad genética a lo largo de su vida.

Les pediría que defendieran la obviedad de que el embrión y el feto son las primeras etapas de la vida humana y por tanto, biológicamente equiparables al recién nacido y al adulto. Que se trata del mismo ser, la misma persona de la que lo único que los diferencia es un factor temporal que no debe convertirse en determinante para establecer diferentes categorías en un mismo individuo.

Les pediría que defendieran el respeto a la verdad científica a la hora de establecer las leyes. Que para la ciencia la vida del no nacido es una realidad humana independiente de la madre desde la fecundación. Una vida que debe respetarse y protegerse.

12.- Miles de vidas se salvarían si todos fueran como el mejor Clasificación de los 100 mejores hospitales de USA

DM, Rosalía Sierra - Miércoles, 31 de Marzo de 2010 - Actualizado a las 00:00h.

Uno de los principios del benchmarking define su utilidad como la posibilidad de aprender de los mejores. Si eso se aplicara en los hospitales de Estados Unidos, cada año se salvarían unas 98.000 vidas humanas y se ahorrarían más de 5.500 millones de dólares.

Quizá el presidente Barack Obama debería haber tenido en cuenta al plantear su reforma sanitaria que cada año Estados Unidos podría salvar 98.000 vidas, evitar 197.000 complicaciones sufridas por pacientes, ahorrar unos 5.500 millones de dólares y reducir su estancia media en aproximadamente medio día. Y haciendo algo tan sencillo como aplicar a todos sus centros los estándares que siguen los ganadores del 100 Top National Hospitals de Thomson Reuters.

Se trata de un análisis elaborado estudiando la información de los cuadros de mando de los centros de las bases de datos de Medicare y Medicaid. El estudio es cuantitativo y considera indicadores básicos: mortalidad ajustada por riesgo, complicaciones ajustadas por riesgo, seguridad del paciente ajustada por riesgo, core measures -estándares de calidad definidos por la Joint Commission-, mortalidad a 30 días, readmisiones a 30 días, estancia media ajustada por gravedad, gastos, margen de beneficio y satisfacción de los pacientes.

* El estudio es cuantitativo y mide indicadores como la mortalidad, las complicaciones, la estancia media, los reingresos y la satisfacción

La clasificación de Thomson Reuters compara los hospitales con otros de su mismo tamaño y características, de modo que los resultados se presentan en cinco categorías: grandes hospitales universitarios -con el University Medical Center de Tucson, en Arizona, a la cabeza-, hospitales universitarios -Scripps Green Hospital, de La Jolla, en California-, grandes hospitales comunitarios -Scottsdale Healthcare Shea, de Scottsdale, en Arizona-, comunitarios medianos -Baptist Medical Center East, en Montgomery, Alabama- y comunitarios pequeños -Evergreen Medical Center, en Evergreen, Alabama-. A estas categorías se añaden los Premios Everest, otorgados a los hospitales que mejor puntuación total han obtenido y más han mejorado en los últimos años. El ganador ha sido el Northeast Georgia Medical Center, en Gainesville, Georgia.

Resulta llamativo que no se encuentran en cabeza ninguno de los mundialmente famosos centros hospitalarios norteamericanos. De hecho, no aparece en el Top 100 el que lleva siendo ganador durante 20 años consecutivos de otra de las clasificaciones más importantes de Estados Unidos, la America's Best Hospitals, que elabora U.S. News. Se trata del Johns Hopkins, de Baltimore, en Maryland, que sólo apareció en la lista de Thomson

en 1993 y 1994. Por su parte, la Clínica Mayo de Rochester, en Minesota, eterna segunda clasificada en el top de U.S. News, desciende en este caso al décimo puesto de los grandes hospitales universitarios.